

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE

N° 28

**Traitement
du Psoriasis arthropathique
par le manganèse colloïdal**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le jeudi 2 mars 1939

PAR

HENRI ATTIEL

Né à Trèbes (Aude), le 26 juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MARGAROT, prof., *président*
VIDAL, professeur.
P. RIMBAUD, agrégé.
LAFON, chargé d'agrégation.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE
PAR LE MANGANESE COLLOIDAL

**Traitement
du Psoriasis arthropathique
par le manganèse colloïdal**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le jeudi 2 mars 1939

PAR

HENRI ATTIEL

Né à Trèbes (Aude), le 26 juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MARGAROT, prof., *président*

VIDAL, professeur.

P. RIMBAUD, agrégé.

LAFON, chargé d'agrégation.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL J.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU ass.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	N...
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD.

Chargés de cours complémentaires

	MM
Histoire Naturelle Médicale	HARANT, D ^r
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	N...
Stomatologie	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
Médecine	JANBON	Chirurgie ..	AIMES
	BAUMEL		MOURGUE-MOLINES
	P. RIMBAUD	Bactériologie	GUIBAL
	BOUCOMONT, ch. d'agr.	Chimie	ROUX
	LAFON, ch. d'agr.		CARRERE
			MONNIER, ch. d'agr.

Examinateurs de la thèse

MM. MARGAROT, prof., <i>présid.</i>	MM. P. RIMBAUD, agrégé.
VIDAL, professeur.	LAFON, chargé d'agrégation.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

H. A.

A NOTRE JURY DE THESE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J. MARGAROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a proposé ce travail et en
a guidé l'élaboration.*

*Qu'il veuille bien trouver ici, avec
nos remerciements, l'expression de
notre profonde gratitude.*

A M. LE PROFESSEUR J. VIDAL

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE

A M. LE PROFESSEUR AGREGÉ P. RIMBAUD

AGRÉGÉ DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR R. LAFON

CHARGÉ D'AGRÉGATION A LA FACULTÉ

Remerciements et respectueux hommages.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

H. A.

TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE PAR LE MANGANESE COLLOIDAL

INTRODUCTION

Le psoriasis est une affection cutanée chronique d'une extrême ténacité, qu'aucun des traitements proposés jusqu'à ce jour ne peut vraiment guérir de façon définitive. Si certaines thérapeutiques bien conduites permettent d'obtenir des régressions, celles-ci ne sont jamais que momentanées et, après un intervalle de temps plus ou moins long, on voit survenir une nouvelle poussée éruptive qui, comme la précédente, sera longue à s'effacer malgré les traitements et la ténacité de l'éruption ira croissant au fur et à mesure que l'affection évoluera et deviendra plus ancienne.

Malgré cela, le psoriasis ne comporte pas de pronostic fâcheux en général; toutefois, dans sa forme arthropathique, il présente une grande gravité, si l'on considère l'avenir fonctionnel du sujet qui en est atteint, car, en plus de l'importance que prennent alors les troubles cutanés, les lésions articulaires surajoutées évoluent de façon progressive et inéluctable, créant une véritable infirmité.

Le traitement de ces arthropathies s'est révélé aussi décevant, sinon davantage, que celui de la dermatose elle-même et, jusqu'à ces dernières années, on n'avait jamais pu, semble-t-il, arrêter leur évolution et éviter l'installation d'une impotence grave.

La persistance de cette affection cutanée, la gravité du pronostic fonctionnel dans le cas où s'installent les arthro-

pathies, ont provoqué de nombreuses recherches ayant pour but d'élucider la question de la nature de ces troubles, afin d'établir, si possible, une thérapeutique étiologique. Mais il semble que les nombreuses hypothèses formulées ne permettent pas actuellement, d'énoncer des conclusions définitives, concernant l'étiologie et la pathogénie du psoriasis.

Dans le présent travail, nous nous proposons de montrer, avec quelques observations à l'appui, les heureux résultats obtenus dans le traitement des arthropathies psoriasiques par les injections de manganèse colloïdal, résultats qui permettent d'envisager avec optimisme l'avenir de malades qui étaient auparavant irrémédiablement voués à une infirmité grave.

Les solutions colloïdales de manganèse, employées dans le traitement du psoriasis vulgaire depuis plusieurs années, ont été utilisées dans le Service de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Général par M. le Professeur MARGAROT, qui a montré que, si cette thérapeutique n'agissait guère mieux sur les lésions cutanées que les différents procédés jusque là employés, par contre l'action se révélait pour ainsi dire élective vis-à-vis des arthropathies.

La mise en œuvre de ce nouveau traitement a amené des améliorations rapides, alors qu'auparavant on pouvait bien dire qu'aucune méthode ne donnait de résultats vraiment tangibles et durables.

Avant de parler du traitement, nous donnerons un aperçu de la symptomatologie de l'affection et nous rappellerons brièvement les notions étiologiques et pathogéniques qu'on a pu envisager, sans pouvoir conclure de façon absolument certaine à ce sujet.

Au début de notre thèse inaugurale, nous sommes heureux d'avoir l'occasion d'adresser nos plus sincères remerciements à tous nos maîtres dévoués de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Montpellier et de les assurer de toute notre reconnaissance, pour le précieux enseignement qu'ils nous ont dispensé pendant les années d'études passées auprès d'eux.

Nos sentiments de gratitude vont plus particulièrement à M. le Professeur J. MARGAROT, qui a bien voulu nous honorer de sa confiance en nous proposant la rédaction de ce travail ; nous l'assurons ici de notre profonde reconnaissance et nous le remercions vivement de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service, où nous avons pu profiter de son enseignement et de ses conseils éclairés.

Nous adressons, avec nos remerciements, tous nos sentiments de reconnaissance à M. le Professeur J. VIDAL, qui a bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Nous exprimons également nos sentiments de gratitude à M. le Professeur agrégé P. RIMBAUD, pour l'aimable complaisance qu'il nous a témoignée, pendant notre passage dans le Service de dermatologie, ainsi qu'à M. le Docteur R. LAFON, chargé d'agrégation à la Faculté, qui a aimablement accepté de siéger à notre thèse.

PREMIERE PARTIE

LE PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

1. RAPPORTS DU PSORIASIS ET DES ARTHROPATHIES.

On avait depuis longtemps noté l'existence de troubles articulaires, à allure rhumatismale, chez certains psoriasiques, mais cela dans un petit nombre de cas seulement ; aussi n'y avait-on pas prêté grande attention au début.

Ainsi : ALIBERT, RAYER, GIBERT, CAZENAVE, DEVERGIE font cette remarque, mais pensent qu'il s'agit de troubles en rapport avec la goutte ou le rhumatisme et n'insistent pas sur cette constatation.

Cependant, par la suite, DEVERGIE note le caractère particulier de ces phénomènes articulaires et écrit, en 1854, dans son « Traité pratique des maladies de la peau » : « Je me suis plusieurs fois demandé si cet état des mains, qui ressemble à celui des gouteux, les tophus exceptés, dépendait exclusivement du psoriasis, ou s'il ne se montrait pas sous l'influence de cette maladie, lorsque le sujet avait été atteint autrefois de douleurs rhumatismales ».

Il pose donc uniquement la question, sans oser encore nettement affirmer une relation étroite, que l'on finira cependant par admettre bientôt, à la lumière de nouvelles obser-

vations. Il y aura alors deux écoles, dont les théories s'opposeront : l'une affirmant, l'autre niant l'autonomie des arthropathies dans le psoriasis ; à l'heure actuelle, il semble bien que cette autonomie ne puisse plus être discutée, étant donnée la relative fréquence des troubles articulaires dans cette dermatose, et leur allure spéciale, qui les différencie des autres formes du rhumatisme.

C'est avec BESNIER que commence à être vraiment individualisée cette affection et les premiers travaux d'ensemble sont réunis dans la thèse de DURON (1886) et dans celle de BOURDILLON (1888).

DURON affirme l'existence de relations entre le psoriasis et les arthropathies, « relations d'autant plus certaines, écrit-il, que, dans ces cas, la forme de rhumatisme est spéciale et toujours la même ».

On a aujourd'hui de nombreuses raisons pour accorder une autonomie aux lésions articulaires observées dans le psoriasis : on connaît tout d'abord leur fréquence dans cette dermatose : 5 pour 100 en moyenne et certaines statistiques donnent même des proportions plus importantes ; il semble donc bien impossible d'admettre une coïncidence dans tous ces cas.

D'autre part on note presque toujours le parallélisme des poussées articulaires et cutanées. Enfin, l'allure clinique est tout à fait spéciale et caractérisée par :

a) la phase plastique et déformante succédant à la période inflammatoire initiale ;

b) les poussées séparées au début par de longues périodes intercalaires ;

c) le caractère des déformations ;

d) l'absence de lésions cardiaques ;

e) l'échec complet du traitement salicylé et des différents traitements proposés dans les rhumatismes chroniques ;

f) enfin l'aspect radiologique. Pour certains auteurs d'ailleurs, l'atteinte osseuse décelable par les rayons X est très précoce et existerait dans la plupart des cas de psoriasis vulgaire, même s'ils ne doivent pas se compliquer ultérieurement de phénomènes articulaires.

La valeur du traitement par le manganèse, dont l'électivité, vis-à-vis des arthropathies psoriasiques, a été mise en évidence par M. le Professeur MARGAROT, constitue une preuve de plus de l'autonomie de cette affection ; en effet, le manganèse a été initialement employé pour agir sur les troubles de l'oxydation tissulaire constatés au niveau des lésions cutanées et, s'il s'est montré assez actif dans cette action, il s'est surtout révélé très efficace envers les phénomènes concomitants d'apparence rhumatismale. D'autre part, ce produit se trouve tout à fait inactif, quand on l'emploie comme thérapeutique des divers autres rhumatismes. Nous croyons pouvoir dire, après de tels résultats, que nous sommes en présence d'un traitement quasi spécifique d'une part, et d'autre part d'une affection qui doit prendre une place spéciale dans le cadre nosologique.

Après avoir donné les caractères particuliers des arthropathies psoriasiques, nous n'insisterons pas sur la ressemblance plus ou moins grande avec les atteintes articulaires d'autre nature ; c'est en quelque sorte la question du diagnostic différentiel avec : le rhumatisme subaigu, le rhumatisme chronique de Charcot, le rhumatisme fibreux de Jaccoud, la polyarthrite chronique déformante, l'arthrite sèche et même la goutte et la maladie de Bouillaud. On peut observer quelquefois aussi des ressemblances avec le rhumatisme gonococcique et, dans quelques cas, avec les arthropathies tabétiques..

2. DÉFINITION.

Dans l'état actuel de la question, nous croyons pouvoir dire que le psoriasis arthropathique, ainsi qu'il est dénommé avec juste raison, est un syndrome cutané-articulaire chronique, débutant en général par une éruption parakératosique caractéristique du psoriasis et se compliquant ultérieurement de troubles polyarticulaires de type inflammatoire, dont les poussées successives sont parallèles à celles de la dermatose concomitante.

3. ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

« On ne discute pas aujourd'hui la réalité du syndrome, mais seulement ses caractères, sa fréquence et surtout sa signification » (GOUGEROT).

Le psoriasis est une dermatose fréquente, ce qui fait un assez grand nombre de cas de psoriasis arthropathiques, même si l'on admet seulement 5 pour 100 de complications articulaires, comme la plupart des statistiques l'indiquent.

L'éruption cutanée débute en général pendant l'adolescence, tandis que les phénomènes arthropathiques se voient aux environs de la trentaine, rarement avant; il est exceptionnel aussi qu'ils apparaissent à un âge avancé.

Parmi les causes incriminées à l'origine du psoriasis arthropathique, nous signalerons :

1° l'hérédité, à laquelle on a voulu attribuer un rôle important : « hérédité constitutionnelle ».

2° les troubles de la nutrition, et en particulier les troubles du métabolisme azoté.

3° les troubles nerveux, qui pourraient agir par viciation de la trophicité ostéo-articulaire.

4° les troubles endocriniens ; toutes les glandes à sécré-

tion interne ont pu être incriminées suivant les cas considérés.

5° la tuberculose, qui est très souvent envisagée depuis que PONCET a décrit une forme de rhumatisme bacillaire, de type inflammatoire, sans lésions spécifiques.

On a même pu mettre en évidence le bacille de KOCH dans le liquide prélevé au niveau de certaines articulations malades : WEISSENBACH et MARTINEAU ont publié un cas d'arthrite tuberculeuse démontrée ; d'autre part nous rapportons ici l'observation d'une malade (observation IV) qui a été traitée dans le Service de dermatologie de M. le Professeur MARGAROT et chez laquelle du pus, prélevé au niveau de l'articulation de l'épaule, a tuberculisé le cobaye inoculé.

On ne peut évidemment pas voir là une preuve de la nature tuberculeuse de ces arthropathies : ces cas sont trop rares pour leur attribuer une valeur démonstrative. On peut bien admettre, en dehors de toute coïncidence, la possibilité d'une atteinte bacillaire surajoutée, d'autant plus que, souvent, on est en présence de malades à mauvais état général, qui offrent un terrain favorable au bacille de KOCH.

6° la syphilis a été quelquefois incriminée. La syphilis héréditaire pourrait-elle créer un terrain favorable ?

7° l'étiologie gonococcique a été considérée comme possible : on a pu décrire des arthropathies semblables à celles du psoriasis, coexistant quelquefois avec des kératodermies pouvant prêter à confusion.

Il semble qu'on puisse conclure en disant que le psoriasis arthropathique est un syndrome pouvant reconnaître des causes différentes : un terrain particulier expliquerait l'apparition de ces troubles bien définis, sous l'effet de facteurs aussi divers.

Toutes ces hypothèses s'appliquent aussi bien qu'au psoriasis vulgaire, aux arthropathies qui peuvent l'accompagner :

« L'association des manifestations articulaires et des lésions cutanées, témoigne d'une intrication si parfaite, que poser le problème du psoriasis arthropathique équivaut à soulever celui du psoriasis lui-même et de ses rapports avec certaines infections telles que la tuberculose ou la blennorrhagie. Une seule conclusion doit être formulée : la cause du rhumatisme psoriasique ne peut être que la cause même du psoriasis ». (MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD : *Montpellier méd.*, fév. 1936).

4. ETUDE CLINIQUE DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE.

En général les arthropathies dans le psoriasis sont postérieures à la dermatose : c'est le plus souvent plusieurs années après le début de cette dernière, que les phénomènes articulaires font leur apparition ; quelquefois ils surviennent plus tôt et on peut les voir même accompagner la première poussée cutanée.

Il existe aussi des cas, de diagnostic plus difficile, où des phénomènes d'allure rhumatismale ont fait leur apparition depuis un temps plus ou moins long, quand le psoriasis survient à son tour.

a) *Symptomatologie du psoriasis arthropathique.* — Cette affection comprend un double syndrome :

un syndrome cutané, constitué par une éruption parakératosique, très intense en général ;

et un syndrome articulaire réalisant le tableau d'une polyarthrite chronique déformante, évoluant par poussées subaiguës, parallèlement à la dermatose.

Le début du syndrome articulaire est annoncé par des douleurs, qui surviennent en même temps qu'une poussée

éruptive plus importante que les précédentes. Ces douleurs siègent au niveau de quelques articulations, ou même sont généralisées quelquefois dès la première atteinte. Certaines articulations présentent en outre une tuméfaction; il y a infiltration périarticulaire d'abord, puis atteinte de la synoviale et épanchement plus ou moins important à l'intérieur de l'article.

Tuméfiées ou non, les articulations sont immobilisées par une douleur que réveillent la palpation et le moindre mouvement, actif ou passif; cette douleur peut d'ailleurs être continue avec recrudescence nocturne. De plus, la contraction musculaire et la rétraction fixent les segments de membre dans une position déterminée, qui pourra être irréductible, même la poussée terminée.

Cet état s'accompagne le plus souvent de fièvre pendant quelques jours : 38° à 39°, puis d'une réaction thermique légère et irrégulière, pendant un temps variable avant le retour de la température à la normale. Il y a en outre, de l'anorexie avec état saburral des voies digestives.

On peut aussi, dans certains cas, n'avoir aucune réaction fébrile.

Les articulations les premières prises sont, tantôt les grandes articulations (genou, coude, hanche, épaule), tantôt les petites articulations des mains et des pieds; les statistiques diffèrent sur ce point, et en considérant les cas publiés de divers côtés, il nous semble que les deux modes s'observent assez souvent l'un et l'autre.

Les troubles ainsi installés persistent pendant plusieurs semaines ; le malade est dans l'obligation de rester alité et ne peut le plus souvent effectuer le moindre mouvement. La régression se fera ensuite peu à peu, mais le retour des articulations à leur état antérieur sera exceptionnel; il subsistera toujours quelques raideurs, quelquefois même déjà

de l'ankylose ou des rétractions fibreuses, qui fixeront des attitudes vicieuses désormais définitives. Les déformations les plus rapides semblent se voir surtout au niveau des petites articulations des mains (métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes).

Evolution. — A mesure que les poussées se répètent, elles atteignent un plus grand nombre d'articulations ; les déformations deviennent de plus en plus importantes ; ces arthropathies « sont de moins en moins sérieuses et de plus en plus plastiques ; les mouvements se limitent progressivement. Une ankylose totale rend les déformations définitives...

« Si le psoriasis vulgaire est essentiellement une dermatose gênante et inesthétique sans gravité réelle, le psoriasis arthropathique constitue une véritable infirmité » (MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD : *Montpellier méd.*, février 1936)

Toutes les articulations seront atteintes à la longue ; non seulement celles des membres, mais encore celles de la colonne vertébrale, qui peuvent être lésées dès le début, et aussi les articulations sterno-claviculaires, chondro-costales et temporo-maxillaires.

Finalement, le corps recouvert d'une vaste éruption psoriasique devenue atypique à cause de son ancienneté, les mouvements très limités sinon complètement impossibles, les muscles atrophiés, surtout aux extrémités, les articulations atteintes de déformations graves, le malade devient un véritable grabataire, qui souffre souvent de façon continue et se voit condamné à une immobilité quasi complète.

A ce stade l'état général est atteint : à l'atrophie musculaire s'ajoute un important amaigrissement ; le malade perd l'appétit et présente des troubles digestifs variables.

Mais l'on sait que ces malades vivent vieux en général ; car le psoriasis n'est pas, par lui-même, une affection mor-

telle et, avant d'en arriver au stade cachectique, l'exitus peut survenir du fait d'une infection intercurrente.

b) *Formes cliniques du psoriasis arthropathique.* — On a décrit diverses formes de troubles articulaires dans le psoriasis. Récemment WEISSENBACH, dans une étude d'ensemble, a donné une classification que nous résumons ici :

1° Rhumatisme chronique progressif psoriasique ou rhumatisme déformant progressif ou polyarthrite chronique progressive : forme la plus fréquente et la plus grave, ayant l'aspect du rhumatisme infectieux. C'est peut-être l'aboutissant de la plupart des autres formes.

2° Oligo-arthrites et mono-arthrites subaiguës ou chroniques : atteinte principalement des petites articulations des extrémités, ou bien d'une grande articulation (genou, coude, ou épaule) ; avec l'évolution, on peut arriver quelquefois à la polyarthrite généralisée.

3° Hydarthroses récidivantes ou chroniques : atteignent surtout le genou et peuvent s'accompagner de déformations telles qu'on a parlé de forme pseudo-tabétique (cas rapporté par MM. GOUGEROT et CARTEAUD et cas observé par MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD).

4° Rhumatisme chronique fibreux avec péri-arthrite fibreuse et myotendinite scléreuse ; quelquefois il y a même rétraction de l'aponévrose palmaire.

5° Arthralgies : souvent au niveau d'articulations en apparence indemnes de toute lésion. Ce n'est souvent qu'un début de l'affection qui évoluera de façon typique ultérieurement.

6° Myalgies, méralgies, névralgies : on leur attribue la même signification qu'aux arthralgies.

7° Rhumatisme généralisé aigu fébrile, ou polyarthrite aiguë fébrile psoriasique : forme très rare.

8° Spondylite ankylosante et spondylose rhizomélique :

forme rare également, qui peut être pure ou associée à des localisations articulaires extra-vertébrales.

9° Ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative ou arthrite sèche dans ses différentes formes : le caractère des lésions articulaires observées dans ces cas, les fait considérer comme ne faisant pas partie du cadre de l'entité clinique que réalise le psoriasis arthropathique.

5. DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Le diagnostic du psoriasis est en général très facile, grâce à sa particularité éruptive tout à fait caractéristique et aux signes pathognomoniques donnés par le « grattage méthodique ».

Quant aux arthropathies, leur diagnostic sera également aisé, puisqu'elles surviennent le plus souvent avec une poussée éruptive. D'ailleurs elles se séparent des autres formes de rhumatisme par des caractères différentiels que nous avons déjà notés en discutant l'autonomie du psoriasis arthropathique.

Le pronostic est bénin en ce qui concerne les formes habituelles, mais il devient très sérieux dans le cas de troubles articulaires, si l'on considère l'avenir fonctionnel de ces malades.

6. ETUDE RADIOLOGIQUE.

C'est surtout BELOT qui a mis au point cette question et les différents auteurs ont confirmé ses constatations. On distingue :

1° Une phase prémonitoire : début de raréfaction osseuse et diminution de l'interligne articulaire.

2° Une phase destructive : atrophie osseuse avec taches claires aux extrémités des os et quelquefois fonte des têtes articulaires.

3° Apparition de néoformations osseuses (très rarement d'après certains).

4° Ankylose, c'est-à-dire soudure osseuse.

Il y a, d'autre part, des épaissements péri-articulaires qui peuvent prédominer dans certains cas.

Les signes radiologiques observés dans la première phase seraient très précoces. Certains auteurs les ont trouvés chez la plupart des psoriasiques, avant tout trouble articulaire cliniquement décelable; quelquefois même ces sujets ne feraient pas d'arthropathies par la suite : « on en arrive à se demander si les lésions ostéo-articulaires ne sont pas très fréquentes chez les psoriasiques ; elles ne se développeraient que rarement au point de donner un syndrome rhumatismal » (P. CHEVALLIER et J. MEYER).

7. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions consistent surtout en altérations des cartilages articulaires, qui sont érodés et quelquefois presque complètement détruits ; on observe des soudures osseuses, quelques ostéophytes et souvent des réactions tendineuses avec tendance à l'ossification, autour des articulations atteintes. Une autopsie a été rapportée en détail par PIOGEY (*Progrès médical*, 1878).

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENTS AUTRES QUE LE MANGANESE

1. TRAITEMENT DE LA DERMATOSE.

Nous citerons les méthodes les plus employées, dont l'action est variable et plus ou moins rapidement efficace ; aucune d'elles n'a pu éviter les récidives.

Comme moyens externes, on utilise surtout : l'huile de cade, la chrysarobine, la cignoline, l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, le goudron de bois, le goudron de houille pur ; ce sont des topiques réducteurs employés en pommade, après décapage par un grand bain savonneux. Quelquefois : pommades salicylées ou soufrées.

Comme moyens internes : mercure et arsenic, bismuth, sels d'or, soufre, salicylate de soude, saliciline, ont été tour à tour préconisés. On a également employé le manganèse, qui s'est surtout montré actif dans les arthropathies. Nous citerons encore divers autres procédés : la radiothérapie, l'héliothérapie et les rayons ultra-violets. On a pensé aussi

à l'action possible des régimes alimentaires : régime végétarien, régime sans graisse, régimes dits anti-arthritiques, suivant le mode de pathogénie invoqué.

2. TRAITEMENT DES ARTHROPATHIES.

a) *Incertitudes pathogéniques.* — De la diversité des notions pathogéniques sont nées de nombreuses méthodes de traitement, dont l'échec a d'ailleurs été à peu près constant : quand on a obtenu des améliorations, celles-ci ont toujours été transitoires, aussi ne peut-on attribuer une valeur réelle à ces divers moyens thérapeutiques.

Nous avons parlé de l'importance de la notion de terrain dans le psoriasis ; il faudrait donc peut-être modifier ce terrain pour pouvoir exercer une action efficace sur cette affection ; il semble qu'il soit très difficile d'agir en ce sens de façon durable, comme on l'a constaté au sujet de toutes les affections dites diathésiques : si l'on peut quelquefois obtenir un résultat, il est rare cependant qu'on arrive à une guérison véritable.

Ceci pourrait expliquer l'action momentanée de certains traitements qui, en changeant les conditions de nutrition, sous l'effet d'un bouleversement humoral, amorcent une régression des troubles sans pouvoir éviter leur retour ultérieur, car le terrain, quoique momentanément modifié, n'en subsiste pas moins.

Mais le terrain ne joue apparemment que le rôle de facteur favorisant et un traitement visant la cause effective suffirait probablement à amener la guérison.

Le manganèse agirait-il sur cette cause réelle, que nous ne connaissons pas avec certitude, ou bien influencerait-il efficacement le terrain, de façon à rendre impossible la persistance de l'affection ?

b) *Echec des traitements habituellement employés.* — On

a essayé, dans le psoriasis arthropathique, de nombreux moyens thérapeutiques parmi lesquels nous citerons ceux qui ont le plus paru susceptibles de donner une amélioration, d'ailleurs uniquement transitoire.

BOURDILLON, dans sa thèse déjà ancienne, préconise divers traitements, qui ne sont que « palliatifs dans les cas d'arthropathies déformantes généralisées ».

Il a employé: le salicylate de soude, qui n'a jamais apporté la moindre amélioration, sauf peut-être dans un cas; la médication alcaline et iodurée, l'arsenic (liqueur de Fowler) qui ne se sont pas montrés plus actifs. Il signale, en outre, les bromures et la valériane pour « modérer les spasmes et l'excitation nerveuse » ce qui a pour effet de calmer les douleurs, de même que l'antipyrine ou l'acétanilide, sans agir sur les déformations. Contre la douleur, il préconise encore les bains prolongés, à une température de 31° à 34°, et la révulsion, sous forme de pointes de feu en particulier.

Pour le salicylate de soude, il est admis de façon unanime, que son action est nulle. Cependant GAUCHER, SALIN et MEAUX SAINT-MARC ont publié en 1912 une guérison par le salicylate, d'un cas de « rhumatisme articulaire aigu » apparu à l'âge de 41 ans, chez une femme atteinte de psoriasis depuis l'âge de 6 ans; mais un tel cas, isolé d'ailleurs, n'a nullement été considéré comme démonstratif.

BROCQ a signalé, comme BOURDILLON, l'action possible des bromures et des valérianates, BESNIER celle de l'iodure de potassium.

Quant à l'arsenic, il a connu une plus grande faveur : employé initialement sous la forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude, de cacodylate de soude, puis sous la forme d'arsénobenzène, d'arsylène et d'acétylarsan, il est préconisé aujourd'hui en association avec le bismuth (psor-

thanol : composé bismutho-arséno-pyridinique). Il existe de nombreuses observations signalant quelques résultats obtenus avec le psorhanol, qui semble cependant plus actif sur la dermatose que sur les arthropathies.

GOUGEROT et CARTEAUD par exemple, rapportent un cas d'arthropathie psoriasique tabétiforme dans lequel les douleurs diminuaient à la 12^e ou 15^e injection de chaque série en même temps que le psoriasis s'amendait.

Mais il n'y avait là qu'une action momentanée comme dans les autres observations publiées.

GATÉ, TREPPOZ et CHARPY signalent l'échec complet de ce traitement dans les arthropathies.

BROCQ mentionne l'efficacité du mercure : « les injections intramusculaires de calomel et d'oxyde jaune d'hydrargyre semblent exercer parfois une action curative des plus remarquables sur les éruptions de psoriasis et surtout sur le psoriasis arthropathique.

« Nous avons même obtenu dans un cas très accentué de cette forme un excellent résultat (disparition de l'éruption et des accidents articulaires) par des injections répétées tous les 2 jours pendant 2 mois de 2 cg. de biiodure d'hydrargyre ».

HUÉRON, dans sa thèse, rapporte quelques résultats obtenus par le mercure, mais pas de résultats définitifs :

Une malade de 50 ans est blanchie en 20 jours et ses douleurs disparaissent, grâce à quelques injections de biiodure de mercure, alors qu'un traitement antérieur par l'iode et l'arsenic n'avait eu aucun effet. Mais il y a bientôt une récurrence, améliorée par 10 piqûres de 2 cm³ de biiodure de mercure, puis une troisième reprise de l'affection avec troubles importants de l'état général (Observation 1).

Un autre cas rapporté par HUÉRON (Observation 4) est amélioré, en ce qui concerne les arthralgies, par un traite-

ment combiné de biiodure de mercure, de calomel et d'extraits thyroïdiens ; mais la tuméfaction, la raideur et les déformations persistent et ne sont pas influencées par un traitement ultérieur par l'énésol.

L'emploi des sels d'or a aussi été préconisé avec quelques résultats, mais ceux-ci ont toujours été incomplets. Leur utilisation dans le psoriasis a été envisagée à cause des faits qui ont pu plaider en faveur de l'étiologie bacillaire de cette affection.

Nous citerons par exemple les résultats publiés par MILLIAN, qui a employé la crisalbine par voie intraveineuse, en y associant un traitement local cutané par la pommade à la chrysarobine (à 1 p. 200 ou à 1 p. 100).

LANGLOIS dans sa thèse (Observation 1) rapporte aussi le cas d'un psoriasique, atteint d'une « crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé simulant une maladie de BOUTILAUD », amélioré par la crisalbine.

WEISSENBACH et MARTINEAU ont publié le cas d'une « polyarthrite chronique progressive psoriasique » qui permit de tuberculiser le cobaye au 3^e passage, à l'aide du liquide prélevé par ponction au niveau du genou droit. La thérapeutique instituée : (sels d'or, formines iodées, ergostérol irradié, gluconate de calcium) amena une amélioration des arthropathies, la baisse de la température et la régression temporaire du psoriasis.

GOUGEROT et COSTE ont publié, dans les *Archives de dermatosyphiligraphie* de 1935, de nombreuses observations de psoriasis arthropathiques traités par les sels d'or. Ils signalent de bons résultats, mais souvent incomplets et recommandent la prudence car, à côté de cas améliorés ou indifférents, ils ont pu observer des aggravations.

On a encore utilisé le soufre (huiles soufrées, soufre colloïdal) avec des fortunes diverses. Nous citerons ici aussi

quelques cas de GOUGEROT et COSTE, peu démonstratifs, et deux observations de la thèse de HUÉRON :

a) Chez un malade de 40 ans (Observation 2) atteint de psoriasis avec arthropathies, à une époque où ces dernières prenaient une grande extension et empêchaient la marche, malgré différents traitements, l'administration de soufre colloïdal per os donna aux articulations une laxité plus grande et fit céder les douleurs.

b) Une deuxième observation (Observation 5 de la thèse de HUÉRON) concerne une malade de 35 ans, traitée par : pommade à l'oxyde jaune de mercure et au goudron, solution iodo-iodurée et soufre colloïdal; le résultat fut la guérison du psoriasis et l'amélioration des douleurs articulaires.

Les injections de produits radio-actifs ont également été essayées, et en particulier celles de thorium X: LÉRI et LIÈVRE ont publié un cas où leur action aurait été remarquable. Dans la thèse de LANGLOIS on trouve l'observation d'un malade de 62 ans, atteint de psoriasis et présentant depuis 8 ans « un rhumatisme chronique progressif, ankylosant, généralisé »; une amélioration nette fut observée après trois séries d'injections de thorium X.

On connaît encore différents autres traitements, moins souvent employés, mais pouvant aussi donner des améliorations passagères.

Nous citerons surtout le traitement opothérapique, qui a mis en œuvre à peu près tous les extraits glandulaires, selon qu'on incriminait la déficience de telle ou telle sécrétion interne dans chaque cas particulier.

Cette thérapeutique est souvent délicate, car les malades peuvent quelquefois mal tolérer l'administration d'extraits glandulaires, comme nous le voyons dans un cas signalé

par PATRIER : des extraits thyroïdiens ont amené de la tachycardie et des palpitations.

Dans l'observation 1, de la thèse de HUÉRON, les extraits thyroïdiens n'ont donné aucun résultat.

On a également essayé l'insuline, les extraits ovariens, testiculaires, surrénaux, thymiques, ainsi que l'irradiation du thymus pour exciter cette glande.

On a employé sans plus de succès la vaccinothérapie, la protéinothérapie, et les méthodes de choc. FAVRE, P. J. MICHEL et P. DANIC ont observé une amélioration transitoire, chez un psoriasique de 41 ans avec arthropathies généralisées, par l'abcès de fixation, alors que d'autres traitements n'avaient donné aucun résultat. Ce procédé a aussi amené la guérison d'une érythrodermie psoriasique ancienne, mais sans agir sur les lésions articulaires (cas de G. CHANIAL et P. DANIC).

La crénothérapie a pu, dans certains cas, faire cesser momentanément les arthralgies de ces malades sans donner de résultats durables ; il en est de même des injections d'eaux minérales sulfurées (Uriage), qui agissent souvent très bien dans les formes de rhumatisme non psoriasique.

Divers régimes alimentaires ont été établis, selon qu'on envisageait le trouble de tel ou tel métabolisme : régime végétarien préconisé par certains ; réduction des graisses (régime de Grutz) ; régime des goutteux, si l'on trouve de l'hyperuricémie ; suppression de la viande, du poisson, des œufs et lutte contre l'obésité si elle existe (méthode de Schamberg).

Enfin, pour terminer la revue de ces différentes thérapeutiques, disons que MILIAN a obtenu un résultat par un traitement uniquement externe avec l'acide chrysophanique : « la pommade à l'acide chrysophanique, écrit-il, apparaît comme un véritable spécifique du psoriasis, agissant

non seulement sur les manifestations cutanées, mais encore sur les phénomènes généraux, y compris les arthropathies ».

Nous pouvons ajouter à toutes ces observations relevées dans les diverses publications, les résultats semblables obtenus chez certains malades de la Clinique dermato-syphilitigraphique de M. le Professeur MARGAROT. Avant d'employer le manganèse colloïdal, en effet, plusieurs traitements avaient été essayés pour combattre le psoriasis arthropathique :

a) Chez une malade (Observation IV) les injections de mésothorium, par voie intraveineuse, pratiquées trois fois par semaine, ont amené une amélioration sensible, sans cependant faire disparaître complètement les troubles articulaires. Cette même malade bénéficiait également de cures à Balaruc, qui diminuaient ses douleurs.

b) Chez un autre malade (Observation I), en plus des topiques employés contre l'éruption cutanée, on a essayé le soufre colloïdal injecté par voie intramusculaire, qui lui a procuré une amélioration importante. Mais par la suite il y eut de nouvelles poussées, que l'on traita encore par le soufre, par l'hyrganol, puis par le psorphanol ; on n'eut que des améliorations passagères ; on employa aussi chez lui l'eau d'Uriage et le mésothorium. Mais tous ces traitements n'empêchèrent pas le malade de s'ankyloser et de devenir un grabataire à peu près incapable de se mouvoir dans son lit.

Quand on essaya le manganèse, on constata une rapide amélioration : la raideur et l'ankylose furent très diminuées, le malade récupéra en grande partie tous ses mouvements ; il ne resta que des déformations irréductiblement fixées par le processus articulaire qui évoluait depuis une vingtaine d'années.

c) Nous avons aussi observé un troisième malade (Observation VI) présentant un psoriasis ancien et, depuis deux ans, des troubles articulaires qui se sont progressivement généralisés et qui revêtent l'allure d'un rhumatisme de PONCET. Le soufre et l'iode que l'on avait essayés chez lui, n'arrêtèrent nullement l'évolution. A son entrée dans le service, on commença le traitement par le manganèse, mais il fut mal supporté (troubles de l'état général) et dut être interrompu ; les sels d'or, employés par la suite, amenèrent une amélioration dans l'état du malade et, en particulier, soulagèrent ses douleurs.

Une nouvelle série de sels d'or fut mal tolérée dans la suite et ce traitement abandonné.

On institue alors une thérapeutique soufrée et l'état du malade reste à peu près stationnaire, c'est-à-dire qu'il présente, avec des douleurs, une certaine raideur articulaire qui est surtout marquée à la colonne vertébrale et l'afflige d'une impotence grave.

d) Nous citerons un autre malade (Observation IX) présentant des arthropathies psoriasiques, qui a été traité par le psoréthane : aux dires du malade, il y aurait eu une amélioration manifeste ; mais à son arrivée dans le service, il est complètement ankylosé et incapable du moindre mouvement.

Nous voyons donc qu'aucun de ces traitements ne peut amener de guérison vraiment définitive du psoriasis et des arthropathies concomitantes.

HUÉRON signale des cas favorables et conclut cependant sur une note peu optimiste : « Il n'y a guère de règles spéciales qui permettent de prescrire tel ou tel médicament à tel ou tel moment et, souvent, il est nécessaire de les employer tous, les uns après les autres, afin de savoir lequel agit le mieux ».

CHAPITRE II

TRAITEMENT PAR LE MANGANESE COLLOÏDAL

1. LE MANGANÈSE COLLOÏDAL.

Comme nous l'avons déjà dit, le manganèse s'est révélé très actif vis-à-vis des arthropathies psoriasiques, ainsi que l'ont montré MM. les Professeurs J. MARGAROT et P. RIMBAUD.

Le produit utilisé est une suspension colloïdale de ce métal, ayant l'aspect d'un liquide brun foncé, présenté en ampoules de 2 cm³ ; il peut être employé, selon les préparations, par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Comme tous les métaux colloïdaux, il peut être obtenu par des procédés électriques ou par des procédés chimiques : dans ce dernier cas, on obtient un oxyde de manganèse à l'état colloïdal, par réduction du permanganate de potassium. Il faut que le colloïde soit stable, afin de conserver intactes ses propriétés pendant suffisamment de temps après sa préparation, qu'il soit constitué de grains très fins, ce qui serait un facteur de plus grande activité et réduirait au minimum les douleurs dans le cas d'injection intramusculaire, enfin qu'il réalise une solution isotonique.

Le produit qui a été utilisé à la Clinique dermato-syphilitique de M. le Professeur MARGAROT est un bioxyde de manganèse : $Mn\ O_2$ (psorimangané).

MM. GOUGEROT et COSTE, dans une de leurs observations, signalent l'emploi du chlorure de manganèse, qui leur aurait permis d'obtenir une amélioration relative des arthropathies dans un cas de psoriasis.

2. ORIGINES DE L'UTILISATION DU MANGANÈSE DANS LE PSORIASIS.

Le manganèse est déjà signalé par BROCO, comme l'un des agents susceptibles d'agir dans cette dermatose, au même titre que les autres produits préconisés.

PAUTRIER et LAUMONIER, étudiant le manganèse, ont montré la propriété qu'il avait d'augmenter la puissance oxydante des oxydases.

C'est en 1922 qu'il a été essayé pour la première fois par MOORE, dans le psoriasis, sous la forme colloïdale; après lui, VAN KERCKHOFF apporte des observations de psoriasis, dans lesquelles il signale des guérisons dans la proportion de 95 p. 100; il prétend avoir utilisé ce produit en considération des propriétés oxydantes qu'on lui avait reconnues. P. SZEGO et ST. V. LUKA publient des cas traités avec succès par ce même produit.

Expérimentalement, HERMANN a montré l'augmentation du manganèse dans la peau des sujets traités par les suspensions colloïdales de ce métal et BOHNSTEDT a vérifié qu'effectivement il se produisait une action activante sur les processus d'oxydation cutanés, phénomène qui pouvait très bien être à la base des améliorations du psoriasis; car on a vérifié également par l'expérimentation, qu'il y avait des troubles d'oxydation au niveau des zones atteintes par la dermatose.

3. RÉSULTATS OBTENUS

A. *Dans la dermatose.* — Divers auteurs, donc, ont rapporté des améliorations qui auraient pu sembler concluan

tes. P. SZEGO et ST. VON LUKA prétendaient en 1931 que, depuis 9 ans que ce traitement était employé, son effet devenait de plus en plus net et toujours confirmé.

Cependant GEYER et WESENER, en 1934, apportent 26 observations sur lesquelles ils en signalent 15 où aucune amélioration ne fut constatée. Ils prétendent que l'amélioration n'est pas accélérée et n'est pas durable, quand elle s'est produite.

En ce qui concerne les résultats obtenus par MM. les Professeurs J. MARGAROT et P. RIMBAUD, on ne peut conclure de façon sûre car la dermatose a toujours été traitée, en plus des injections de manganèse colloïdal, par des topiques réducteurs, habituellement suffisants à eux seuls pour « blanchir » ces malades. Il nous a paru cependant que, dans beaucoup de cas, la régression était accélérée, tandis que dans d'autres la dermatose se montrait rebelle. Aussi semble-t-il que cette thérapeutique ne puisse être considérée, en ce qui concerne le traitement de l'éruption, comme supérieure à celles antérieurement connues.

Mais ce qu'il est important de noter c'est qu'à l'occasion de l'administration de manganèse à un psoriasique présentant également des arthropathies, anciennes et graves, ces dernières ont été très heureusement influencées par cette thérapeutique ; le malade, véritable infirme auparavant, a pu recommencer à marcher et à s'aider très convenablement de ses mains ; il persistait uniquement des déformations articulaires, irréductibles à cause de l'ancienneté des lésions (Observation I).

Cette action du manganèse dans les arthropathies n'avait antérieurement été notée par aucun des auteurs qui ont étudié son efficacité dans le psoriasis.

Peut-on expliquer cette influence heureuse sur des troubles, qui n'étaient nullement visés par cette médication ?

Nous avons déjà dit qu'actuellement, on est à peu près unanime à reconnaître le lien intime, qui unit les arthropathies des psoriasiques à leur dermatose. On peut donc bien comprendre qu'un même traitement pourra influencer simultanément les deux syndromes. Le manganèse a été d'abord employé pour modifier les phénomènes d'oxydation qui étaient troublés au niveau des téguments et il n'est pas impossible que, par une action analogue, le même produit agisse sur des troubles articulaires relevant d'un processus pathogénique identique.

D'ailleurs cette action sur les arthropathies, d'un médicament préconisé pour traiter les troubles cutanés, apparaît ainsi comme une preuve de plus de la relation étroite qui unit ces deux sortes de manifestations, de même que la spécificité de la thérapeutique est une preuve de l'autonomie de l'affection.

B. Dans les arthropathies. — Nous voulons ici rapporter les résultats obtenus dans le traitement du psoriasis arthropathique par le manganèse en suspension colloïdale. Mais nous devons considérer trois manifestations différentes dans les troubles présentés par ces malades : d'une part les douleurs très vives et tenaces, d'autre part les raideurs et les déformations, avec ankylose ou rétraction et calcification même, des ligaments et des tissus périarticulaires.

En troisième lieu, il faut noter les phénomènes de contracture qui accompagnent souvent le processus.

a) *Action sur les douleurs* : cette action paraît généralement assez peu importante au début. On peut voir, en effet, les douleurs persister pendant quelque temps, ou quelquefois, disparaître plus ou moins vite après les premières injections pour réapparaître ensuite, malgré la continuation du traitement. La recrudescence des arthralgies s'observe souvent, chez plusieurs malades à la fois, à l'occasion de

variations météorologiques, en particulier par temps humide, phénomène qu'on observe d'ailleurs chez la plupart des douloureux articulaires.

Ainsi les douleurs ne semblent pas influencées de façon immédiate ; ce n'est que secondairement, en enrayant le processus évolutif, que le traitement fera disparaître les algies, comme les phénomènes plastiques.

b) *Action sur la raideur articulaire et l'hydarthrose* : c'est ici que le manganèse agit électivement, en s'attaquant peut-être à la cause du processus qui intéresse l'os, le cartilage et les tissus environnants.

La raideur importante, qui immobilise, complètement ou à peu près, les articulations malades et quelquefois l'ensemble de toutes les articulations, rétrocede peu à peu après les premières piqûres. Il est indéniable qu'une amélioration peut s'observer spontanément, dans certains cas, ou coïncider avec l'emploi de différentes thérapeutiques, mais jamais la régression des troubles n'a été aussi nette et surtout ne s'est produite avec la constance que l'on note dans l'emploi du manganèse colloïdal.

Si l'on a la bonne fortune de traiter le malade dès le début de l'évolution des troubles, on peut espérer rendre aux articulations leur souplesse primitive. Mais après une longue évolution de l'affection, amenant des lésions de plus en plus marquées à chaque poussée successive et entraînant de grandes déformations, le malade ne pourra bénéficier, quelle que soit la valeur du traitement, que d'une stabilisation des lésions : l'évolution sera arrêtée, la raideur réduite au minimum et les mouvements reprendront toute l'amplitude que leur permettront les déformations des extrémités articulaires et les réactions fibreuses des tissus mous entourant l'articule. Quand on aura une forme ankylosante et qu'on sera au stade de soudure osseuse, on ne pourra plus

obtenir la moindre mobilisation; dans ces cas, la radiographie montre d'ailleurs une continuité osseuse parfaite, l'emplacement de l'interligne ne pouvant souvent même pas être décelé.

Les grandes articulations sont le siège de l'amélioration la plus considérable : l'amplitude de leurs mouvements revient souvent complètement à la normale. Au niveau des petites articulations, celles des mains en particulier, la régression des troubles est plus difficile; le processus paraît y être plus rapide et plus intense; on y observe précocement des rétractions musculaires, des atrophies, ou des ankyloses.

Rares cependant seront les cas que l'on ne pourra pas traiter avant le stade des très grandes déformations, si bien que le pronostic fonctionnel de ces malades est très amélioré par les injections de manganèse colloïdal.

c) *Action sur la contracture*: la contracture musculaire, qui intervient pour exagérer l'impotence de ces malades pendant les poussées, est un phénomène réflexe; souvent, au début, c'est l'unique cause de la limitation des mouvements.

Nous rapportons à ce sujet une observation tout à fait caractéristique (observation IX). Il s'agit d'un malade qui a vu assez vite ses membres s'assouplir par le traitement, principalement les membres supérieurs, tandis que la colonne vertébrale restait soudée, surtout dans la portion cervicale (tous les mouvements de la tête sont impossibles); par la suite la raideur, qui avait diminué aux membres inférieurs, a de nouveau progressé.

Donc, dans certains cas du moins, le manganèse ne semble pas agir rapidement sur la contracture, qui persiste au niveau de certains muscles.

Il semble que dans ces cas le pithiatisme soit à la base de

la persistance des troubles ; on serait en présence de ce qu'on a appelé : phénomènes de persévération ou encore, majoration fonctionnelle des troubles réflexes.

Le phénomène réflexe qu'est la contracture, est mis en branle par la douleur et aussi sans doute par la décalcification ; puis ce phénomène une fois installé, va persister pendant très longtemps après la disparition des causes qui l'ont déclenché : dans le cas particulier, l'action du manganèse n'a pas influencé la contracture, pas plus que la disparition des douleurs obtenue par l'aspirine par exemple.

Il est à noter que la radiographie ne révèle pas de lésions vertébrales susceptibles d'expliquer un tel état.

L'hypothèse des troubles de nature pithiatique est d'ailleurs en accord avec la constatation d'un psychisme particulier chez certains psoriasiques ; quelques auteurs même, ont envisagé de traiter ces malades par l'hypnotisme ou la simple persuasion.

A l'appui de cette théorie, nous pouvons citer un cas rapporté par M. le Professeur MARGAROT : il s'agissait d'une jeune fille atteinte de psoriasis, qui fit une arthrite du poignet avec très vive douleur et tuméfaction. Le manganèse colloïdal guérit la lésion du poignet, mais il apparut ensuite, à cet endroit, une contracture qui maintenait le poignet fléchi ; cette attitude pouvait être réduite passivement avec beaucoup de patience, mais seulement de façon momentanée. Un psychiatre obtint la guérison par la persuasion.

M. le Professeur MARGAROT signale aussi le cas d'une autre psoriasique qui, sans raison apparente, fit des spasmes de l'œsophage d'allure névrosique.

C. Spécificité et électivité du traitement. — Le traitement par le manganèse peut être considéré comme quasi spécifique du psoriasis arthropathique, étant donné qu'il

permet d'obtenir de très bons résultats dans cette affection, alors qu'il est inactif vis-à-vis des atteintes rhumatismales de nature différente.

Sa spécificité semble aussi prouvée par le fait qu'on obtient souvent, après les premières injections surtout, des réactions focales telles que : douleurs articulaires momentanément accrues, fourmillements passagers suivis d'une diminution des raideurs.

Le manganèse n'agit pas de la même façon chez les différents sujets, comme l'a fait remarquer M. le Professeur MARGAROT : il faut surtout noter l'action très efficace et rapide dans les formes typiques de l'affection, c'est-à-dire dans les cas d'arthropathies survenant chez des malades présentant le psoriasis floride, qu'on a décrit autrefois sous le nom de « dartre des forts » ; de plus, dans ces cas on note le parallélisme des troubles cutanés et articulaires. Le traitement est bien supporté par de tels sujets et l'on voit rétrocéder les phénomènes plastiques, ainsi que la dermatose dans bien des cas (cependant celle-ci disparaît souvent incomplètement).

Mais l'on voit des arthropathies chez des psoriasiques malingres, dont l'état général est atteint ; l'aspect des troubles, aussi bien articulaires que cutanés, est le plus souvent atypique : dans ces cas le manganèse est sans action ; il est même mal supporté par suite, sans doute, de la déficience de l'état général.

Nous en avons un exemple dans le cas d'un malade (Observation VI) pour lequel, d'ailleurs, le diagnostic de rhumatisme de PONCET a pu être envisagé ; les sels d'or ont agi, chez lui, plus efficacement que le manganèse.

Un autre exemple nous est fourni par le psoriasique qui présentait, avec des arthropathies graves (Observation IX), un état général déficient et qui fut cependant amélioré par

le manganèse ; malheureusement le traitement dut être interrompu, car il ne fut pas supporté (augmentation des troubles généraux, amaigrissement, anorexie).

4. MODE D'ACTION DU MANGANÈSE

A ce sujet on peut formuler des hypothèses, sans pouvoir rien affirmer de certain.

Nous avons parlé du rôle actif que le manganèse joue dans les phénomènes d'oxydation au niveau de la peau des psoriasiques ; c'est là un fait qui semble prouvé par les recherches expérimentales de HERMANN et de BOHNSTEDT. On pourrait peut-être en déduire qu'il exerce un rôle analogue sur les troubles observés au niveau des articulations. Certains lui attribuent une action oxydante propre (BERTRANDS), tandis que d'autres le considèrent comme un catalyseur de réaction, favorisant la fixation de l'oxygène dans les tissus.

On sait d'autre part, que le manganèse a des propriétés physiologiques et thérapeutiques voisines de celles du fer ; comme ce dernier, il favoriserait la croissance et intervendrait dans la formation de l'hémoglobine ; d'où l'emploi de ce métal, en général sous forme de sels ou d'oxydes, chez les convalescents de maladies infectieuses, les asthéniques, les lymphatiques et les anémiques.

On a aussi attribué au manganèse un rôle favorisant dans la sécrétion d'une hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, intervenant dans le fonctionnement des glandes génitales. Mais rien ne permet actuellement de penser à un tel mode d'action dans le psoriasis.

En homéopathie, on signale comme indications de « *manganum* » : « l'eczéma sec et fendillé des plis articulaires, le pityriasis et le psoriâsis ».

Mais le produit que nous étudions est à l'état de suspension colloïdale, ce qui fait intervenir de nouvelles proprié-

tés. Les préparations colloïdales en effet, agiraient davantage par leur constitution physique, que par la nature du métal ou du métalloïde qui entre dans leur composition. Elles sont plus actives *in vivo* que dans les expériences faites *in vitro*, car leur action provient de l'excitation des moyens de défense de l'organisme : c'est ainsi qu'elles ont un grand pouvoir antiinfectieux, qu'elles stimulent la phagocytose et présentent en outre, le pouvoir d'augmenter les échanges nutritifs et l'hématopoïèse.

Avant d'être employé dans le psoriasis, le manganèse fut utilisé dans les infections cutanées de nature staphylococcique, par MAC DONAGH dès 1917, puis par MALCOM MORRIS. Dans sa thèse, G. DESFARGES rapporte de nombreuses observations de pyodermites (furunculose en particulier), traitées avec succès par une suspension colloïdale de ce métal.

Peut-on voir là une preuve de la nature infectieuse du psoriasis ? On ne peut pas affirmer que ces suspensions colloïdales n'agissent, dans cette affection, que par leur pouvoir antiinfectieux, aussi ne doit-on pas éliminer l'hypothèse d'une action spéciale du manganèse.

La toxicité de ce produit paraît très légère et les doses employées en thérapeutique sont très loin des doses dangereuses. Expérimentalement, G. DESFARGES a montré que, chez le lapin, la dose toxique de manganèse colloïdal pouvait être fixée entre 0 g. 004 et 0 g. 005 par kilogramme de poids. S'il nous est permis de conclure de l'animal à l'homme, nous voyons que, chez ce dernier, les doses toxiques commencent à 0 g. 260 ou 0 g. 325, si l'on se base sur un poids moyen de 65 kg. Or, comme traitement, on donne 2 cm³ d'une suspension colloïdale dosée généralement à 0 g. 50 de métal par litre, ce qui correspond seulement à 0 g. 001 de manganèse.

La possibilité de production de phénomènes toxiques ne

peut donc pas être envisagée, même si le produit s'accumule car, après une série complète on n'a administré que 0 g. 025 de métal en moyenne. Si l'on a quelques petits accidents, ils pourront résulter d'une intolérance particulière ou du choc propre aux colloïdes.

Aucun accident grave n'a été observé.

5. LE MANGANÈSE PEUT-IL PRÉVENIR LES ARTHROPATHIES ?

Nous avons dit que les arthropathies anciennes ne pouvaient guérir complètement, car elles comportaient des lésions irréversibles.

« La précocité du traitement est en effet en pathologie articulaire une condition presque indispensable par suite des troubles trophiques (osseux et musculaires) qui succèdent fatalement à l'immobilisation d'un article. Aussi est-ce dans les formes fluxionnaires hydarthrosiques, les formes de début que les résultats seront les plus probants » (Professeur P. RIMBAUD).

Peut-être le manganèse pourrait, non seulement faire régresser les arthropathies déclarées, mais encore empêcher leur installation, s'il était administré avant qu'elles apparaissent ? Ce traitement préventif est facilement applicable car, le plus souvent, les arthropathies sont annoncées, bien avant leur apparition, par des phénomènes douloureux et de plus, d'après certains auteurs, par une décalcification précoce décelable radiologiquement.

D'ailleurs il est possible, et même recommandable, de traiter tous les psoriasiques par cette méthode, étant donné qu'elle est sans danger et qu'elle donne des résultats favorables dans la dermatose.

Il est permis de penser qu'on pourrait obtenir une action préventive, mais on ne peut rien affirmer encore.

6. POSOLOGIE DU MANGANÈSE COLLOÏDAL.

Il est employé, suivant les préparations, par voie intramusculaire ou intraveineuse: les effets sont identiques.

Son administration ne demande pas de précautions spéciales; en particulier, il est inutile de laisser le malade à jeun avant l'injection car, même avec la voie veineuse, il n'y a pas de choc ou il y en a très peu.

Voici la façon dont on procède dans le service de M. le Professeur MARGAROT : on commence par injecter 0 cm³ 5 ou 1 cm³ (de la suspension colloïdale à 0 gr. 50 de manganèse par litre) pour passer ensuite à 2 cm³; on peut s'en tenir à cette dose ou atteindre, sans inconvénient, 3 cm³. On laisse, entre les deux premières injections, un intervalle d'une semaine, puis on les répète au rythme de deux injections hebdomadaires et même trois, si l'on veut obtenir un effet plus rapide.

La série complète comprend 20 à 25 piqûres.

La voie intraveineuse donne quelquefois une élévation thermique, passagère et peu importante. La voie intramusculaire est parfois douloureuse, mais très peu, et provoque pendant quelques instants un engourdissement du membre inférieur du côté de l'injection.

De légers accidents d'intolérance peuvent s'observer : troubles généraux, asthénie passagère et troubles digestifs caractérisés surtout par de la diarrhée ; ces phénomènes n'indiquent l'interruption du traitement que s'ils deviennent importants ; ils ne se voient d'ailleurs que chez des malades dont l'état général est atteint, comme c'est le cas de certains psoriasiques anciens et de sujets présentant une affection intercurrente ou une tare organique quelconque : la sollicitation thérapeutique d'un processus de défense active se heurte à un organisme trop débilité pour répondre.

Si la médication est bien supportée et donne d'heureux résultats lors d'une première série, elle pourra être reprise après quelques semaines d'interruption.

Il est bon de reprendre ainsi plusieurs fois le traitement, pour éviter autant que possible les récidives ou l'aggravation progressive de lésions restantes.

7. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Le manganèse peut être administré à tous les psoriasiques, car il constitue un traitement sans danger et qui se montre souvent actif vis-à-vis de la dermatose.

Mais là où son utilisation s'impose, c'est dans les cas où apparaissent des douleurs et à plus forte raison des raideurs articulaires et des déformations ; c'est, en effet, à l'heure actuelle et selon toutes probabilités, le seul traitement qui permette d'espérer la guérison ou du moins, dans les formes anciennes, la régression et la stabilisation de ces arthropathies qui, auparavant, amenaient fatalement le malade vers un état d'impotence grave.

Il faut insister sur la nécessité d'un traitement précoce, qui ne pourra d'ailleurs pas être appliqué en général dans certains cas où, avec des arthropathies, on aura une dermatose très discrète qui passera inaperçue, ainsi que dans les cas où les phénomènes articulaires précéderont l'éruption. A la vérité ce sont là des cas assez exceptionnels.

Les suspensions colloïdales de manganèse étant très peu toxiques et ne provoquant que des chocs minimes, d'ailleurs rares, leurs contre-indications seront réduites.

Il est certain qu'on devra éviter de les utiliser, chez un sujet qui aura un mauvais état général ou qui présentera des lésions importantes du cœur, du foie ou du rein.

BOHNSTEDT signale un cas où il jugea bon de ne pas continuer le traitement, à la suite du choc survenu après une

injection intraveineuse; GOUGEROT et PATTE cessèrent aussi le manganèse par suite d'apparition d'albuminurie et d'œdèmes chez un de leurs malades.

Des troubles généraux importants sont une contre-indication à la continuation de la thérapeutique (exemple de notre observation VI).

Quelquefois il survient de la diarrhée, que l'on peut traiter par le stovarsol administré per os, tandis qu'on interrompt le manganèse momentanément.

Il peut se faire que l'on trouve chez un psoriasique des troubles articulaires, qui ne soient pas en rapport avec la dermatose ; ce seront des arthrites ou des arthroses de diverses natures, dont on fera parfois difficilement la différence avec les arthropathies du psoriasis ; mais si une série de 20 à 25 injections de manganèse ne produit pas d'amélioration, il sera inutile de persévérer dans cette voie.

Les douleurs peuvent diminuer, rester inchangées ou, quelquefois, présenter une recrudescence en cours de traitement : cette dernière éventualité ne doit pas faire suspendre la médication, qui ne saurait être mise en cause. Nous avons déjà dit, en effet, que les algies n'étaient pas influencées directement par cette thérapeutique.

8. TRAITEMENT ADJUVANT.

Quand les douleurs seront très pénibles, on pourra associer aux injections de manganèse colloïdal, une administration de produits analgésiques (tels que l'aspirine ou l'atophan) dont l'action est souvent appréciable sur les algies, sans évidemment influencer l'évolution du processus articulaire.

On peut aussi faire des enveloppements ouatés des articulations ou appliquer à leur niveau des liniments analgésiants. L'air chaud et la diathermie pourront agir sur la

contracture et sur la douleur. La mobilisation, la marche, devront être recommandées pour éviter l'atrophie musculaire et les rétractions musculo-tendineuses ; l'immobilisation sera cependant de mise dans le cas d'hydarthroses, très fréquentes au début.

Enfin, on conseillera un traitement hygiéno-diététique : vie au grand air, soleil, pas de climats humides si possible et régime alimentaire général : « s'il est légitime d'interdire les mets épicés, le gibier faisandé, les conserves, les boissons alcooliques, et, d'une façon générale, tous les aliments proscrits par l'hygiène chez tous les sujets, il est préférable de ne pas ajouter aux ennuis des psoriasiques des privations inutiles. Les restrictions ne seront formelles que chez les psoriasiques qui ont du prurit ». (Professeur J. MARGAROT).

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS

Nous rapportons, dans cette dernière partie, quelques observations de malades atteints de psoriasis arthropathique, qui ont été traités à la Clinique dermato-syphiligraphique de M. le Professeur MARGAROT. Nous avons eu la possibilité de voir certains d'entre eux et de suivre l'évolution de leur affection en cours de traitement. Nous avons ainsi constaté l'efficacité du manganèse colloïdal, dans les cas où il a pu être employé de façon régulière.

OBSERVATION I

*Psoriasis arthropathique ancien traité tardivement
par le manganèse : arrêt du processus
séquelles irréductibles*

Nous reproduisons l'observation publiée par MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD, à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier (novembre 1935), en y ajoutant une note sur le passage du malade dans le service en juin 1938.

M. P. L..., 47 ans, tailleur, est atteint de psoriasis depuis son enfance; les premières manifestations articulaires ont

débuté en 1914. Les localisations ont été d'emblée multiples : genoux, chevilles, poignets et épaules.

Le malade a été vu pour la première fois en 1928 au cours d'une nouvelle poussée cutanée ; de 1928 à 1932 il a fait plusieurs séjours dans le service de dermatologie et a été successivement traité par des bains cadiques, la chrysarobine et, à l'intérieur, par l'hyrganol, le soufre colloïdal, l'eau d'Uriage, le mésothorium, etc...

L'atteinte articulaire, après de courtes phases d'amélioration, n'a cessé de s'étendre et lorsque le malade revient dans le service, en novembre 1932, c'est un véritable infirme qui est amené sur un brancard.

Les arthrites se sont généralisées, la raideur articulaire confine à l'ankylose ; la colonne vertébrale est absolument raide, les épaules, les hanches, les genoux sont bloqués ; non seulement la marche est impossible, mais le malade ne peut même pas s'asseoir dans son lit. L'atteinte des coudes, des poignets, des doigts est tellement importante que le malade ne peut s'alimenter lui-même.

L'éruption est intense et revêt presque les caractères d'un psoriasis érythrodermique ; les squames épaisses recouvrent tout le corps ; la macération donne lieu à du suintement sur les points de frictions. Une escarre sacrée se développe.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

La réaction de BESREDKA au sérum frais est négative et au sérum chauffé moyennement positive. L'échelle de l'épreuve de VERNES à la résorcine donne 87. Le taux de l'urée sanguine est : 0 g. 40 et celui du cholestérol : 3 g. 15.

Le traitement par le psorimangane est institué : 3 injections intraveineuses, au rythme d'une par semaine. Elles provoquent une réaction focale assez violente : douleurs articulaires, fourmillements pendant quelques minutes sui-

vis presque aussitôt d'une sédation importante, la raideur elle-même paraissant moins intense.

Le traitement est continué par voie intramusculaire. Le malade reçoit 10 nouvelles injections.

L'amélioration s'affirme d'autant plus étonnante qu'elle est inattendue. Rapidement le malade peut s'asseoir dans son lit, les articulations des membres inférieurs, devenues plus souples, permettent la marche avec l'aide de deux cannes. Le mouvement des épaules est récupéré en partie. En même temps, sans aucune thérapeutique locale, l'éruption s'atténue, l'escarre sacrée se cicatrise, l'état général devient satisfaisant.

En mars 1933, on fait à nouveau 3 injections intraveineuses ; elles sont suivies de réactions focales et le traitement est continué par voie intramusculaire (7 injections). Enfin, entre le 28 juin et le 25 septembre, une cure d'entretien est poursuivie. On arrive au total de 25 injections intramusculaires.

Le malade est alors totalement transformé. Il marche sans canne, fléchit parfaitement le tronc ; l'élévation des membres supérieurs est possible jusqu'à l'horizontale. Seules persistent, bien qu'atténuées, les déformations des doigts, causées par une rétraction tendineuse déjà ancienne. A voir ainsi le malade circuler dans les cours de l'hospice, on a peine à croire qu'il était, il y a quelques mois, un grabataire ankylosé et suppurant.

On fait une nouvelle série de manganèse en février et mars 1934.

Le malade revient dans le service de dermatologie, le 11 juin 1938, présentant une poussée de psoriasis généralisée, surtout importante au niveau des membres inférieurs ; on note d'autre part un syndrome dépressif avec fond de tristesse et inertie complète.

Dans ses antécédents familiaux, il faut noter l'existence de psoriasis chez le grand-père maternel, chez la mère et chez un frère du malade.

Son éruption est traitée par l'huile de cade.

Quant à ses arthropathies, elles semblent bien fixées depuis 1934. Il présente des déformations irréductibles et de légères douleurs de temps en temps ; mais le processus plastique n'évolue pas. On note une raideur de la colonne lombaire et une limitation des mouvements des diverses articulations : l'abduction des bras est limitée à l'horizontale ; les poignets, déformés, ont des mouvements d'amplitude limitée ; le jeu des articulations des doigts est diminué et on note à leur niveau des déformations fixées par l'ancienneté du processus :

main droite : augmentation de volume des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius, ainsi que des articulations de la phalange proximale avec la phalange moyenne du médius et de l'annulaire. L'index est aminci à son extrémité et sa phalange distale est en extension sur la moyenne.

main gauche : flexion à peu près irréductible de l'annulaire et de l'auriculaire ; amincissement de l'index, qui est déjeté vers le bord cubital ainsi que le médius.

Les phalanges des deux pouces sont en hyperextension.

En plus du traitement externe à l'huile de cade, on refait une série de manganèse colloïdal.

En résumé : cette observation est un exemple d'arthropathies psoriasiques traitées tardivement. Malgré cela, l'évolution de l'affection a été arrêtée dès le début des injections de manganèse et le processus n'a pas repris depuis plusieurs années. Il subsiste des déformations irréductibles par ankylose et rétractions fibreuses.

OBSERVATION II

Psoriasis arthropathique tardivement traité par le manganèse. Amélioration.

Nous rapportons ici l'observation d'un malade atteint de psoriasis arthropathique, qui a été publiée par MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD, à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier (novembre 1935).

M. E. C..., 34 ans, est atteint de psoriasis depuis 1916 ; les manifestations cutanées et articulaires ont apparu simultanément : les genoux, les coudes et même les petites articulations des pieds, furent successivement le siège de poussées inflammatoires.

Actuellement, les lésions articulaires, bien que légèrement douloureuses, paraissent fixées ; tout caractère aigu, évolutif, a disparu.

Les déformations les plus importantes siègent aux mains et particulièrement à droite : aspect classique de la déformation en Z par flexion de la deuxième phalange sur la première et extension de la troisième.

Les mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes sont limités, surtout la flexion.

Les genoux sont peu modifiés dans leur aspect, mais la flexion de la jambe sur la cuisse est très limitée. On note un léger cubitus valgus. L'éruption est assez intense et se présente sous forme de larges nappes aux membres inférieurs et d'éléments plus petits, arrondis, de dimensions variables sur le reste du corps.

Comme traitement on fait du manganèse pendant un mois et des applications locales d'huile de cade. Assez rapidement, l'éruption disparaît ; en même temps les raideurs

articulaires diminuent ; l'extension et la flexion métacarpo-phalangiennes se font librement ; les petites articulations interphalangiennes commencent à se mouvoir ; les douleurs ont totalement disparu.

Malheureusement, les rétractions tendineuses déjà anciennes ne permettent pas une récupération fonctionnelle complète ; les phalanges sont immobilisées par des adhérences fibreuses qui se sont progressivement formées.

Les coudes et les genoux, dont l'atteinte avait été plus légère sont absolument indolents ; les mouvements sont re-devenus normaux.

Les injections ont été faites uniquement par voie intramusculaire ; ni réaction focale, ni réaction générale.

En résumé : cette observation constitue un exemple de psoriasis arthropathique traité trop tardivement par le manganèse colloïdal, pour qu'on ait pu obtenir une régression complète des troubles ; les lésions fixées constituent des séquelles irréductibles ; cependant le traitement a arrêté l'évolution du processus et les articulations ont été très améliorées.

OBSERVATION III

Psoriasis avec arthropathie tabétiforme.

Nous rapportons ici l'observation qui a été publiée par MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD, le 6 décembre 1935, à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier. Nous y ajoutons une note concernant un nouveau passage de la malade dans le service de dermatologie.

Mme M. P..., épouse G..., entre à l'hôpital le 26 avril 1935, pour un psoriasis arthropathique.

Elle a un enfant en bonne santé, mais signale un avortement à 5 mois et 4 enfants morts en bas âge.

Les premières manifestations cutanées ont apparu il y a deux ans et ont coïncidé avec la ménopause.

Depuis 6 mois, grandes difficultés dans la marche par suite de déformations de ses genoux et des douleurs provoquées par leur mobilisation. Lors de son entrée à l'hôpital, la station debout est pratiquement impossible.

Les lésions cutanées sont relativement discrètes ; symétriquement, il existe une grande plaque érythémato-squameuse de 10 cm. de diamètre environ, sur les genoux.

Quelques éléments sur les coudes. Rien sur le tronc, ni le cuir chevelu.

Lésions articulaires : les 2 genoux sont augmentés de volume, globuleux, déformés. Ces déformations ont pour origine, d'une part la turgescence des culs-de-sac synoviaux, d'autre part une véritable subluxation latérale des surfaces articulaires. Choc rotulien. Douleurs spontanées et à la pression, du côté gauche ; genou droit indolore.

Les mouvements actifs et passifs donnent des craquements très caractéristiques de certaines lésions tabétiques.

La marche est impossible : si on met la malade debout, les condyles fémoraux glissent vers l'extérieur, tandis que les plateaux tibiaux basculent en dedans.

Température : 38° à 38°5.

Examen clinique négatif ; en particulier, pas de lésion du système nerveux.

Tension artérielle : 12-8.

Azotémie : 0 g. 42.

Examen radiographique : on trouve « des deux côtés une dystrophie osseuse, avec raréfaction et modification de l'architecture dont les travées font place à une sorte de granité opaque ; un processus ostéophytique assez marqué aux

extrémités des condyles fémoraux et tibiaux et une subluxation des 2 genoux (glissement latéral) »

Sérologie : réactions de HECHT-BAUER, de WASSERMANN et de KAHN, douteuses le 29 avril 1935; toutes les réactions sont négatives le 9 mai 1935. BESREDKA (sérum chauffé) : négatif.

Malgré l'énorme distension des genoux et la subluxation des condyles fémoraux, on ne saurait porter le diagnostic d'arthropathie tabétique. L'examen ne montre aucun signe de syphilis nerveuse, les réactions sérologiques sont négatives, l'arthrite du genou gauche est un peu douloureuse.

En présence du caractère subaigu des manifestations articulaires et de l'état fébrile, on fait du salicylate de soude : 4 g. par jour par voie buccale. Cette médication détermine une baisse de la température, les douleurs des genoux s'atténuent ; mais après une semaine, reprise de l'acuité du début. On cesse la médication salicylée.

Le 6 juin : une ponction du genou gauche ne ramène que quelques gouttes de liquide séreux contenant 95 pour 100 de polynucléaires et 5 pour 100 de lymphocytes.

Des ensemencements en milieux aérobies donnent des résultats négatifs.

Pendant cette période : traitement cutané d'abord par le glycérolé cadique, puis par la pommade de Sézary à l'acide pyrogallique.

Le 8 juin traitement par le manganèse ; 2 injections par semaine : une intraveineuse, l'autre intramusculaire.

Par suite d'une légère réaction au point piqué, la voie intramusculaire est abandonnée et on fait des intraveineuses bihebdomadaires.

Très rapidement les douleurs s'atténuent et disparaissent, la température descend à 37°. La marche devient possible avec une canne. Le 16 juillet : 10 injections ont été prati-

quées. Les genoux sont absolument indolores, il n'y a plus de liquide synovial.

La malade peut assez facilement et sans aucune aide circuler dans l'hôpital.

Elle quitte le service le 4 août 1935 et reprend son travail. Elle a reçu une série de 20 injections.

Le 18 mars 1936, la malade revient en consultation parce qu'elle présente une nouvelle poussée. On recommence une série d'injections de manganèse colloïdal, qui arrête rapidement l'évolution du processus.

Elle revient une troisième fois, le 8 mars 1938, pour douleurs dans les genoux ; elle a, en outre, quelques petites taches de psoriasis sur les membres inférieurs.

On refait une série d'injections de manganèse et les troubles articulaires s'amendent.

La marche semble être redevenue absolument normale.

En résumé : cette observation est un exemple d'une forme particulière d'arthropathies psoriasiques. Elle montre, d'autre part, la nécessité de refaire de nouvelles séries de traitement, même après la régression des troubles, pour éviter leur retour.

OBSERVATION IV

Psoriasis avec arthropathies ankylosantes progressives.

Arthrite bacillaire suppurée au cours de l'évolution

Nous rapportons ici l'observation d'une malade, traitée il y a 4 ans dans le service de dermato-syphiligraphie.

Mme L. R..., épouse R..., 29 ans, entre dans le service le 2 avril 1932, présentant un psoriasis et des arthropathies avec douleurs et ankyloses.

Dans ses antécédents personnels on note un avortement

(après une première grossesse normale) et un enfant mort à l'âge de 6 mois. Une phlébite bilatérale a suivi son premier accouchement.

A l'examen des différents appareils, on trouve : une respiration granuleuse, en arrière et à gauche, de la submatité avec diminution du murmure vésiculaire, à droite et en avant. A signaler, d'autre part, de l'anorexie et un peu de leucorrhée.

Réactions sérologiques de la syphilis : négatives.

Besredka : sérum frais : + +

sérum chauffé : + +

Urée sanguine : 0 g. 25 par litre.

Cholestérol : 1 g. 40 par litre.

Intradermo-réaction à la tuberculine : légèrement positive.

Rapport de Derrien : 12 pour 100.

En 1926 la malade a commencé par présenter des douleurs aux genoux, avant toute atteinte cutanée. Un séjour à Balaruc a amené une régression. Les premiers éléments squameux ont fait leur apparition, sur le tronc et les pieds en 1928, puis se sont étendus aux hanches, aux membres supérieurs et au visage. En même temps que les premiers éléments de psoriasis, apparut une ankylose du poignet droit. Ultérieurement l'ankylose atteignit, en février 1931, le cou-de-pied droit, le genou gauche, le coude et le poignet gauches, en même temps que le psoriasis se développait.

A l'entrée dans le service, on constate des éléments de psoriasis disséminés sur tout le corps, avec séborrhée du visage et pityriasis du cuir chevelu. Il y a un amincissement atrophique de la peau aux extrémités digitales.

En ce qui concerne les arthropathies, on a une augmentation de volume au niveau de la plupart des articulations malades ; il y a ankylose du poignet et des doigts à droite

(la pulpe des doigts n'arrive pas à toucher la paume) ; les mouvements du coude sont limités, ainsi que ceux du poignet du côté gauche. Le genou gauche est globuleux et la jambe reste à demi fléchie. Du côté droit, la hanche et le cou-de-pied présentent une importante limitation de leurs mouvements. La malade ne peut pas s'asseoir dans son lit. Les articulations cervicales sont très peu mobiles et les mouvements de la tête très limités.

Une radiographie (8 avril 1932) a montré un processus général de dystrophie osseuse se manifestant par : une raréfaction importante, des déformations, du tassement souvent suivi d'ankylose. Ce processus présente son maximum d'intensité aux genoux et à la main droite.

On a institué, chez cette malade, en dehors du traitement local, un traitement interne par le mésothorium intraveineux, au rythme de 3 injections par semaine, puis par la naïodine ; un séjour à Balaruc (du 15 août au 15 septembre) agit favorablement sur l'état général ; on reprend ensuite la thérapeutique par le mésothorium.

En septembre, une radiographie nouvelle des poignets et des mains, montre une raréfaction osseuse importante, un tassement des os du carpe et une irrégularité des surfaces articulaires.

En janvier 1933 apparaît une gêne dans les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire ; l'ouverture de la bouche est difficile.

Le 21 février on commence un traitement par le manganèse colloïdal (injections hebdomadaires) ; après la troisième injection, on cesse à cause de phénomènes d'intolérance. La malade a, en effet, depuis déjà quelque temps, un état général très défectueux, ce qui peut expliquer cette intolérance.

En mars 1933 apparaît une douleur dans la région posté-

rière de l'épaule gauche ; ensuite une poussée importante est notée au genou gauche :

En mars 1934, tandis que le psoriasis s'efface, l'état général devient plus défectueux ; le genou gauche est le siège d'une poussée articulaire aiguë très douloureuse, qui l'immobilise en flexion ; la température est de $38^{\circ}3$ et la tension artérielle : 9,5-7.

Dans un service de chirurgie on pratique une ponction du genou, qui donne un pus grumeleux où on ne peut déceler le bacille de Koch ; l'inoculation au cobaye est négative. On fait ensuite le redressement du genou sous anesthésie générale et on maintient en bonne position par l'extension continue.

La douleur a diminué, et la fièvre a disparu.

Après une administration de plasma de Quinton, on essaye de recommencer le traitement par le manganèse colloïdal (23 mars 1934) mais, à la deuxième injection, on a des phénomènes diarrhéiques et on abandonne cette thérapeutique, qu'on essaye de reprendre encore sans plus de succès ; l'état général toujours faible ne permet pas la tolérance du manganèse.

En avril se forme une collection fluctuante du volume d'une orange, au niveau de la face postérieure de l'aisselle gauche : une ponction montre un pus fluide, jaune grisâtre, qui tuberculise le cobaye inoculé (l'examen direct n'a pas montré de germes).

Surviennent ensuite des phénomènes abdominaux importants et la malade quitte le service dans un état grave.

En résumé : cette observation est un exemple de psoriasis arthropathique, parvenu rapidement à créer un état général fragile : il semble cependant qu'il y ait eu une tuberculose surajoutée, peut-être même antérieure ; cette déficien-

ce de l'organisme explique que le manganèse n'ait pas pu être toléré.

Quant à l'arthrite purulente bacillaire, on peut l'interpréter comme une coïncidence ou comme la tuberculisation d'une arthrite primitivement non bacillaire, sans voir dans ce fait une preuve de la nature tuberculeuse du psoriasis arthropathique.

OBSERVATION V

*Psoriasis avec arthrite de l'index droit
et arthralgies tenaces des membres inférieurs.*

Mme G. R..., épouse M..., 38 ans, concierge, est entrée le 29 septembre 1938, dans le service de dermato-syphiligraphie.

Dans les antécédents personnels on ne retient que des accès de migraine accompagnés de vomissements ; rien de particulier dans les antécédents collatéraux.

En dehors du psoriasis et des douleurs, on ne trouve rien d'anormal à l'examen des différents appareils ; la tension artérielle est de : 13-7.

On a pratiqué divers examens de laboratoire :

l'analyse d'urine ne montre rien de notable,

l'urée sanguine est de 0 g. 26 par litre, et l'uricémie : 0 g. 051.

la sérologie de la syphilis donne uniquement une réaction de MEINICKE légèrement positive,

le BESREDKA (sérum chauffé) est négatif,

le VERNES résorcine = 36.

la cuti-réaction à la tuberculine est légèrement positive.

Le psoriasis de cette malade, a débuté en 1932 dans la

région dorsale, puis s'est peu à peu étendu à toute la surface du corps, y compris le visage.

Actuellement l'éruption se voit sur l'abdomen, les jambes, les bras, le front, le dos et derrière les oreilles.

Les phénomènes douloureux ont fait leur apparition il y a un an environ : d'abord douleurs diffuses, fugaces, aux mains et surtout aux membres inférieurs (cou-de-pied particulièrement).

Depuis le mois de juillet, tuméfaction et douleur de l'index de la main droite, lequel est maintenu en extension ; sa flexion, même passive, est très limitée. Les autres doigts de la main droite semblent normaux, mais ils présentent une légère gêne à la flexion.

La main gauche est indemne.

Les chevilles et les pieds sont le siège de douleurs, surtout à gauche, avec des irradiations dans la jambe. La marche est difficile.

La malade a reçu différents traitements, au sujet desquels elle ne peut donner de précision.

Les lésions cutanées sont traitées, à son entrée dans le service, par la vaseline salicylée d'abord, puis par le glycérolé cadique.

On donne de l'aspirine pour calmer la douleur des jambes, mais quelques jours après, cette douleur se localise plus nettement au cou-de-pied gauche ; l'index droit, surtout au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, semble devenir plus œdématisé et plus douloureux. Une radiographie des mains (17 octobre) ne montre pas de lésion osseuse.

Le 24 octobre, on commence une série de manganèse colloïdal et sur les téguments on applique la pommade de Sézary. Celle-ci se révèle irritante après quelques jours : il

apparaît des pustulettes et le prurit, dont la malade se plaint depuis quelque temps, subit une exacerbation.

Le 14 novembre on interrompt le manganèse et on donne 3 cachets de 0 g. 60 d'hyposulfite de soude par jour. Le prurit s'atténue d'abord, puis redevient intense ; on décide alors de faire une ponction lombaire et on applique sur les lésions de la cignoline. Après quelques jours, le psoriasis est amélioré, et le prurit disparaît.

Le 30 novembre les injections de manganèse sont reprises.

Dans le courant de décembre la malade se plaint toujours de ses douleurs (surtout à la cheville gauche), qui rendent certains jours la marche très difficile ; l'index de la main droite, par contre, est un peu plus souple et moins douloureux.

En résumé, cette observation montre la ténacité des douleurs articulaires, qui sont ici, indépendantes de tout processus plastique : à la mobilisation passive des cous-de-pied de cette malade, on ne trouve pas la moindre raideur. Une première série de manganèse colloïdal n'a pas agi sur les douleurs, mais a influencé le processus plastique de l'index droit.

OBSERVATION VI

Psoriasis avec arthropathies multiples se rapprochant du rhumatisme de Poncet

M. F. B..., 45 ans, menuisier, entre dans le service le 16 août 1937, présentant un psoriasis ancien et des douleurs articulaires à peu près généralisées, avec un état général défectueux.

Dans ses antécédents personnels, on note une blennor-

rhagie, le psoriasis apparu en 1916 et une congestion pulmonaire en 1927. Rien d'important dans ses antécédents familiaux.

On peut faire remonter son histoire au mois de décembre 1915, date à laquelle il aurait eu de l'eczéma (?) après une violente commotion. Le psoriasis a débuté en juin 1916 et a disparu en quelques mois sous l'effet d'un traitement à l'huile de cade.

Par la suite survinrent des poussées assez fréquentes de cette dermatose et les troubles articulaires ne firent leur apparition qu'en avril 1936 ; le psoriasis avait alors à peu près complètement disparu ; mais il récidiva 8 mois plus tard.

Les arthropathies ont eu un début progressif ; c'est d'abord la colonne vertébrale qui a été atteinte : douleurs et raideurs de plus en plus marquées, difficulté croissante pour exécuter les mouvements de flexion et d'extension du tronc, ainsi que pour mobiliser la tête.

Puis les articulations des genoux et des cous-de-pied furent prises : épanchement intra-articulaire et infiltration des tissus environnants avec douleurs intenses ; les épaules, les coudes, les poignets furent le siège de raideur et d'arthralgies, mais sans la moindre tuméfaction.

Ultérieurement, gêne dans l'articulation temporo-maxillaire, sans douleur vraie, avec limitation de l'ouverture de la bouche.

Les hanches furent respectées, ainsi que les petites articulations des mains et des pieds.

Ces troubles articulaires ont coïncidé, au début, avec un épisode aigu pulmonaire d'une quinzaine de jours. Il n'y a pas eu d'hémoptysie et une radiographie pulmonaire n'aurait rien montré de particulier.

Le malade était alors au Maroc depuis 1930 ; il rentre en France en août 1936, les arthropathies continuant à évoluer.

En avril 1937, il présente une recrudescence des troubles articulaires, qui l'immobilise au lit et s'accompagne d'une hyperthermie qui reste aux environs de 38° pendant 3 mois.

Il a été traité chez lui par des injections d'iode et de soufre, en plus des applications de pommade à l'huile de cade.

A son entrée dans le service, en août 1937, ses arthropathies ne sont pas améliorées; il présente de l'anorexie et un état général défectueux. Il a maigri d'une vingtaine de kilos dans les quelques dernières années. En dehors de cela, l'interrogatoire et l'examen ne présentent rien d'important à retenir en ce qui concerne les différents appareils. La tension artérielle est de : 12—6,5.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

L'urée sanguine est de 0 g. 17 par litre.

Une analyse d'urine a été faite :

quantité des 24 heures : 2000 cm³.

densité : 1002.

réaction acide.

urée : 5 g. 1 par litre.

chlorures : 2 g. 7 par litre.

traces d'albumine, pas de glucose.

Une radiographie du 21 août 1937 a montré :

« Colonne vertébrale : hypertrophie et déformations des apophyses transverses et articulaires au niveau de la portion cervico-dorsale : apophyses transverses de la 7^e cervicale particulièrement développées, corps vertébraux des premières dorsales légèrement déformés. Les dorsales inférieures et les lombaires sont sensiblement normales.

« Genoux : pas de déformation osseuse; il paraît y avoir une ankylose tibio-péronière supérieure.

« Cous-de-pied : prolifération périostée extra-articulaire sur le tibia, surtout vers la malléole interne. Bonne régularité et transparence de l'interligne.

« Dans l'ensemble les déformations sont minimales ; pas de pincement articulaire, pas de flou, pas de réaction ostéophytique importante ».

On a commencé, au mois d'août, des injections de manganèse colloïdal, qui ont paru influencer partiellement les arthropathies ; mais elles ont dû être arrêtées en septembre, en raison des troubles généraux présentés par le malade.

L'hydarthrose du genou droit, qui a peu varié depuis le début, est ponctionnée le 18 septembre et 100 cm³ de liquide citrin et gélatineux sont retirés. Ce liquide contient 45 g. d'albumine par litre. Il ne montre pas de germes à l'examen direct, sa culture et son inoculation au cobaye restent négatives.

En octobre l'état général est amélioré, mais les troubles articulaires sont à peu près stationnaires.

On commence alors un traitement par le Dmelcos (9 octobre 1937) qui donne de fortes élévations thermiques (40°6) et améliore l'état des articulations ; mais il est bientôt mal supporté et interrompu après la cinquième injection.

Etant donné que l'allure de ces arthropathies les rapproche du rhumatisme de Poncet, on décide de faire de la chrysothérapie : injections de myochrysine, 2 fois par semaine, à doses progressives. Assez rapidement les arthropathies régressent, l'appétit reparaît, l'état général s'améliore. En janvier 1938 le malade peut se lever et marcher sans trop de difficulté.

Mais une poussée de psoriasis se développe malgré les sels d'or, dont il a reçu 4 g. 90 au total, à la date du 11 février 1938.

En mars le malade maigrit, présente de l'anorexie et un mauvais état général. On lui donne de l'arrhénal et on re-

prend une nouvelle série de sels d'or le 21 avril, ce qui n'empêche pas l'apparition d'une importante poussée articulaire.

On fait localement des enveloppements au salicylate de méthyle, on donne des gouttes amères pour combattre l'anorexie et on arrête la myochrysine qui paraît mal supportée (25 mai) ; on la reprend le 9 juin, jusqu'au 2 juillet 1938, date à laquelle le malade présente, après l'injection de sels d'or, une forte réaction d'intolérance : congestion de la face, bourdonnements d'oreilles, dyspnée et fourmillements des extrémités.

Quand nous l'avons examiné, le 7 juillet 1938, il présentait une éruption de psoriasis à la face postérieure des avant-bras, aux coudes, aux membres inférieurs et surtout au niveau de la région lombo-sacrée, sur les fesses et la partie supérieure des cuisses. L'affection intéressait les ongles des mains et des pieds.

En ce qui concerne les arthropathies, on notait :

Aux membres supérieurs : douleur avec limitation des mouvements au niveau des poignets, des coudes et des épaules ; il n'y a jamais eu d'hydarthrose, ni de tuméfaction. Les doigts ne sont pas atteints à proprement parler, il n'y a pas de douleur, mais le poing ne peut pas être complètement fermé.

Aux membres inférieurs : tuméfaction et douleur aux genoux et aux cous-de-pied, la tuméfaction étant surtout marquée au genou droit ; les articulations des orteils ne sont pas atteintes, pas plus que les articulations coxo-fémorales.

La colonne vertébrale semble fixée dans une attitude de rigidité telle, que le malade ne peut pas s'asseoir dans son lit et que les mouvements de la tête ne sont plus possibles.

L'amplitude des mouvements des différents segments de

membre, semble varier un peu selon que la douleur est plus ou moins intense.

Le malade ne présente pas de fièvre, mais il a un état général faible et de l'anorexie.

Du 11 au 19 juillet on lui administre 2 cm³ par jour d'arsylène, puis 2 cm³ tous les 2 jours, jusqu'au 30 juillet.

En août, apparaît une arthrite des articulations temporo-maxillaires et, pendant trois semaines, il y a un tel trismus, que l'ouverture de la bouche est impossible ; à un moment apparaissent même des douleurs au niveau du maxillaire inférieur et de l'oreille (qui seront peu durables).

Comme traitement on a fait, du 5 septembre au 20 octobre, des injections de soufre (sulfobiol) 2 fois par semaine, ainsi que de l'air chaud sur les articulations temporo-maxillaires et de l'algipan sous-cutané.

Fin septembre, on constate une amélioration légère des troubles articulaires des membres ; l'ouverture de la bouche est possible, mais limitée. L'état général paraît meilleur, mais l'amaigrissement persiste.

En octobre, on a pratiqué une gono-réaction qui a été négative.

La médication soufrée ayant paru donner quelques résultats, elle est reprise le 18 novembre (on fait 6 injections de sulfobiol), puis au début de janvier 1939.

Depuis quelque temps, l'état arthropathique semble stationnaire. Le malade peut se lever, mais la rigidité invariable de sa colonne vertébrale, le frappe d'une impotence très marquée.

En résumé, ce malade présente des arthropathies d'allure atypique, qu'on a rapprochées du rhumatisme de Poncet : l'action favorable des sels d'or, au début, concordait avec cette hypothèse.

De toute façon on n'a pas l'aspect et l'évolution caracté-

ristiques des arthropathies des psoriasiques : en effet, lors de l'apparition des troubles articulaires, le psoriasis avait presque disparu et il ne reparut que 8 mois après ; d'autre part les articulations des doigts et des orteils ont été respectées ; dans les différentes poussées, il n'y a pas eu concordance entre la dermatose et les arthropathies ; au contraire la dermatose augmentait, quand les arthropathies régressaient.

Tout cela pourrait expliquer le peu d'action du manganèse ; mais ce traitement a été employé trop peu de temps pour qu'on puisse affirmer son échec. Il dut être interrompu à cause des troubles généraux qu'il provoquait : il s'agissait probablement d'une intolérance due à l'état déficient du malade ; on voit par suite l'importance du traitement précoce par les suspensions colloïdales de manganèse à un stade où l'état général du malade n'est pas encore atteint.

OBSERVATION VII

Psoriasis arthropathique typique : parallélisme des poussées cutanées et articulaires. Guérison par le manganèse colloïdal

M. P. J..., 29 ans, chauffeur, est entré dans le service de dermato-syphiligraphie le 13 juin 1938, présentant une éruption de psoriasis et des phénomènes articulaires.

On ne relève pas de maladie antérieure dans les antécédents personnels ; dans les antécédents familiaux, on doit noter qu'un frère est mort, il y a 3 ans, d'une affection neurologique (syphilitique?) et qu'une sœur serait atteinte de psoriasis ; sa femme, en bonne santé, a eu un enfant mort-né.

Ce malade présente du psoriasis depuis 1935, mais en aurait eu aussi 7 ans auparavant.

Les douleurs articulaires qu'il présente lors de son arrivée dans le service, ont débuté en septembre 1937, en même temps que se manifestait une poussée très intense de psoriasis, sur les membres et sur le tronc.

Ces douleurs ont commencé dans la région plantaire, pour atteindre ensuite les orteils et les cous-de-pied, ces derniers ayant présenté une tuméfaction importante et de l'ankylose. Les phénomènes douloureux et fluxionnaires ont été maxima à droite.

Ultérieurement : hydarthrose des genoux avec tuméfaction importante. Puis ankylose généralisée telle que, d'après le médecin traitant, le malade n'arrivait pas à fléchir les doigts et ne pouvait s'asseoir dans son lit ni remuer les jambes ; seules les épaules étaient un peu libres.

Il n'y aurait eu de fièvre à aucun moment.

Un traitement par le manganèse colloïdal (avril 1938) amène une rapide régression des troubles articulaires. Selon le médecin traitant : « en un mois le malade se levait, faisait le tour de la table et même effectuait une descente à l'étage inférieur ».

Malheureusement le traitement fut interrompu après la septième injection et, au bout d'un mois, douleur et raideur reprennent au niveau des différentes articulations.

Le malade entre alors dans le service, le 13 juin 1938. Son état est le suivant :

1° Eruption miliaire de psoriasis dans le dos et lésions en arcades sur les membres; psoriasis du lit des ongles.

2° Phénomènes arthropathiques localisés surtout aux pieds et aux genoux, principalement du côté gauche : l'extension du genou gauche est particulièrement limitée. Les mains sont également atteintes, surtout au niveau des

articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes, qui sont plus ou moins ankylosées, tuméfiées et douloureuses. Enfin raideur au cou et aux épaules.

Un examen complet a permis de noter un peu d'expectoration le matin, une submatité du sommet pulmonaire gauche, mais rien d'anormal à l'auscultation. Pas de fièvre, mais amaigrissement.

Réactions sérologiques :

HECHT-BAUER	--
WASSERMANN	—
KAHN : réaction standard	++
réaction présomptive	++++
W. DEBAINS	++++
MEINICKE : macro-réaction	++
micro-réaction	++
BESREDKA, avec sérum chauffé	—
VERNES résorcine	102

Analyse d'urines :

densité: 1015; réaction acide.

urée: 16 g. par litre.

chlorures: 10 g. par litre.

légères traces d'albumine, pas de glucose.

Radiographie des genoux : raréfaction osseuse importante des condyles fémoraux et des plateaux tibiaux des deux côtés.

Radiographie pulmonaire : les 2 sommets sont obscurs : condensation, exagération de l'opacité broncho-vasculaire. Cuti-réaction à la tuberculine: douteuse.

On met en œuvre le traitement externe par le glycérolé cadique, et le traitement par le manganèse colloïdal : total de 20 injections, à raison de 2 par semaine, du 18 juin au 23 août. Dès les premières injections l'amélioration est constatée. Au début de juillet l'état des lésions est le suivant:

1° Membres inférieurs : les deux jambes se fléchissent convenablement ; l'extension de la jambe droite est facile et complète, tandis qu'à gauche, elle est plus lente et un peu limitée (160° à 170°) ; de ce même côté, la tuméfaction et la douleur persistent au genou et au pied.

2° Membres supérieurs : leur mobilisation est bonne, seules les petites articulations des extrémités sont atteintes :

main droite : tuméfaction au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

main gauche : ankylose des articulations interphalangiennes des 4 derniers doigts, la phalange distale du médius et de l'auriculaire étant fixée en flexion sur la phalange moyenne.

L'extension et la flexion des doigts, sont limitées aux deux mains. Le pouce seul est normal.

Il y a du psoriasis des ongles.

3° Tête : sa mobilisation est douloureuse, sa flexion et son extension sont un peu limitées et l'inclinaison latérale à peu près impossible.

4° Tronc : le malade peut s'asseoir dans son lit, ce qui était impossible à l'arrivée. Dans la station debout, la colonne vertébrale est assez rigide et presque rectiligne dans sa portion lombaire et dorsale inférieure ; dans l'inclinaison latérale du tronc, elle s'incurve légèrement.

Il faut noter en outre un important amaigrissement : il aurait perdu une vingtaine de kilos en 10 mois. Son poids actuel est de 48 kilos.

Le 8 juillet, malgré l'amélioration importante des arthropathies, il a une exacerbation des douleurs du genou gauche, en rapport semble-t-il avec le temps humide. On lui donne de l'aspirine et on continue le manganèse.

Les douleurs diminuent peu à peu, pour augmenter de nouveau le 25 juillet ; cependant il se lève et marche de-

puis le 18 juillet. Au début du mois d'août, il marche à peu près normalement et ne ressent qu'une simple gêne dans le genou gauche. Il peut faire un voyage, pour aller chez lui, sans être accompagné.

Le 23 août : dernière injection de manganèse ; à cette date le malade est redevenu presque complètement normal ; sa tête a repris toute sa mobilité primitive ; les articulations des membres sont souples ; il subsiste seulement, à la main gauche, une ankylose irréductible de la phalange distale de l'auriculaire, et une très légère raideur dans les articulations des phalanges des doigts (excepté le pouce), sans que cela l'empêche de fermer la main et de s'en servir adroitement.

L'état général est aussi très bon ; le malade reprend du poids.

En septembre on lui fait une série d'injections de cacydylate de soude (3 piqûres par semaine, à dose progressive) et on applique de la pommade de Sézary sur son éruption psoriasique qui n'a pas complètement régressé.

Plusieurs analyses d'urine ont montré des traces d'albumine ; mais cela ne dépend pas du traitement car on avait le même résultat avant les injections de manganèse.

En octobre, de nouveaux éléments de psoriasis apparaissent sur la fesse droite.

On a pratiqué une gono-réaction qui a été négative.

Comme traitement on fait une série d'acétylarsan, puis on reprend le traitement par le manganèse.

Quand le malade quitte le service, en décembre, il présente, à la paume des mains, des taches de psoriasis qui ont un aspect kératodermique (clous psoriasiques). On traite ces lésions par la cignoline.

En ce qui concerne ses articulations, il est complètement guéri ; il n'a pas eu la moindre douleur depuis le mois de

juillet ; il a cependant, comme séquelle, une ankylose en flexion de la phalange distale de l'auriculaire de la main gauche. En dehors de cela les articulations ont toutes leur jeu normal : même le genou gauche qui a été le plus long à guérir, et la colonne cervicale qui a retrouvé toute sa souplesse.

En résumé, il s'agit d'un malade qui a présenté un psoriasis arthropathique tout à fait typique et qui a bénéficié de la thérapeutique par le manganèse d'une façon remarquable : une première série d'injections faites par le médecin traitant, a procuré une amélioration rapide ; malheureusement le traitement n'a pu être continué au delà de la septième piqûre, et les lésions ont rapidement repris leur évolution.

La deuxième série de manganèse colloïdal a également manifesté son action dès les premières injections et, à la vingtième piqûre, les arthropathies étaient guéries.

Nous avons vu les douleurs redoubler en cours de traitement : comme nous l'avons déjà dit, il semble bien que le traitement utilisé n'agisse pas directement sur les phénomènes arthralgiques.

OBSERVATION VIII

Psoriasis arthropathique, accompagné de douleurs tenaces, qui a bénéficié du traitement par le manganèse

Mme M. L..., veuve B..., 51 ans, est entrée dans le service, le 17 juin 1938, atteinte d'arthropathies déformantes avec arthralgies et de psoriasis ancien.

Dans ses antécédents personnels on note qu'elle est ménopausée depuis 1 an et demi et qu'elle a une luxation de

la hanche, qui serait survenue, à l'âge de 4 ans, à la suite d'un accident.

Dans les antécédents familiaux, il faut signaler deux avortements (au troisième mois) et un enfant mort de broncho-pneumonie; d'autre part, rhumatisme chez ses parents.

En dehors de son psoriasis arthropathique et de la claudication (luxation de la hanche), l'interrogatoire et l'examen des différents appareils ne révèle rien d'important : on note seulement un appétit variable, avec des périodes d'anorexie. Hypertension artérielle (20-10).

Son psoriasis aurait débuté il y a 6 ans par de petites plaques érythémato-squameuses sur le thorax; puis l'éruption s'est étendue à tout le corps, mais a guéri en 2 mois et demi environ sous l'effet du traitement institué. Par la suite, petite éruption discrète, intermittente et légères douleurs diffuses et passagères (ayant même existé avant toute éruption), jusqu'au jour où apparaît une poussée nouvelle (23 janvier 1938). A cette date : éruption aux coudes, à la tête et aux genoux et, consécutivement, apparition de douleurs et de tuméfaction au niveau des articulations des genoux, des cous-de-pied et des orteils, ce qui oblige la malade à s'aliter.

Le traitement qui fut institué et que la malade ne peut préciser, resta sans effet; en avril, le processus s'étendit aux poignets et aux mains: douleurs, tuméfaction importante et déformation progressive des doigts en baïonnette. Il y a eu de plus, une certaine gêne, sans douleur vraie, dans la région cervicale.

Quand la malade entre dans le service, elle est alitée depuis 5 mois, l'état des articulations des membres inférieurs ne lui ayant pas permis de se lever depuis le début des troubles ; ceux-ci ont cependant diminué un peu aux mem-

bres inférieurs, mais les chevilles sont encore enflées et les douleurs persistent. Les membres supérieurs sont très atteints : poignets globuleux, doigts déformés, avec mobilité très limitée et douleurs importantes.

Quant au psoriasis, il se réduit à une plaque sous le sein droit et quelques petites taches disséminées (cuisses, genoux, coudes, tête).

On a pratiqué divers examens de laboratoire :

les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives ; la gono-réaction est négative ainsi que la réaction de BES-REDKA. VERNES résorcine = 38.

Azotémie : 0 g. 41 pour 1000.

L'analyse d'urine ne montre rien de particulier.

On commence, le 24 juin 1938, une série d'injections de manganèse colloïdal (2 injections par semaine) et on donne de l'aspirine à cause des douleurs.

Pour l'éruption cutanée : lotion au sublimé sur le cuir chevelu et pommade à l'acide salicylique sur le reste du corps.

Après 5 injections de manganèse on constate déjà une importante amélioration des troubles articulaires ; en particulier : les poignets sont bien moins enflés et plus souples ; les doigts ont acquis une souplesse relative. leurs mouvements sont moins limités et la malade peut fermer la main, bien qu'il subsiste une déformation en baïonnette de certains doigts ; ce sont : l'index droit et les quatre derniers doigts de la main gauche, qui ont leur phalange distale en extension sur la phalange moyenne, celle-ci étant en flexion sur la phalange proximale.

Les douleurs sont diminuées, mais elles apparaissent quelquefois par accès, la nuit principalement.

Le 16 juillet on peut constater qu'il n'existe plus de tu-méfaction ; les douleurs présentent des recrudescentes, par

temps humide surtout: on donne de l'aspirine ou de l'atophan et, localement, on applique un baume au salicylate.

Une radiographie des mains, pratiquée le 20 juillet a montré :

1° Main droite: attitude vicieuse de l'index par suite d'ankylose en flexion de l'articulation phalango-phalangienne (il s'agit d'une ankylose fibreuse) ; raréfaction osseuse.

Attitude vicieuse du pouce; subluxation en flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne.

2° Main gauche: attitude vicieuse des phalanges, avec ankylose et subluxation. Raréfaction osseuse marquée.

Le 20 juillet, la malade peut très bien marcher et se servir de ses mains de mieux en mieux.

La série de manganèse est interrompue le 29 juillet.

Les douleurs n'ont pas disparu; elles présentent même une recrudescence aux chevilles et aux genoux, mais il n'y a ni hydarthrose, ni raideur. On donne de l'atophan.

En septembre, on fait des injections de cacodylate de soude: 6 injections, à raison de 2 par semaine, progressivement de 0 g. 05 à 0 g. 50.

En octobre, l'état articulaire est bon ; les doigts, bien que toujours déformés, ont une certaine souplesse qui permet à la malade de tricoter. Les douleurs subsistent un peu aux membres inférieurs, mais la marche est possible.

On recommence les injections de manganèse le 11 octobre 1938.

Depuis quelques jours, la malade signale une douleur nouvelle à l'extrémité supérieure de la crête tibiale, du côté droit. On note en ce point une petite tuméfaction légèrement fluctuante.

Au début de novembre, on constate une amélioration.

On fait une radiographie des genoux (22 novembre):

Genou gauche: raréfaction osseuse; les tubercules intercondyliens paraissent plus effilés que normalement;

Genou droit: raréfaction osseuse. Prolifération ostéophytique de la rotule au niveau de l'insertion du quadriceps et du tendon rotulien. Épaississement ostéo-périosté du condyle externe fémoral.

Le 2 décembre on termine la série de manganèse colloïdal.

Quand la malade quitte le service, quelque temps après, elle souffre toujours au niveau de l'extrémité supérieure du tibia; ces douleurs tantôt diminuent, tantôt augmentent et n'obéissent pas à la thérapeutique.

En dehors de cela, toutes les articulations ont repris leur souplesse, à l'exception des doigts déformés qui, cependant, permettent à la malade de se servir de ses mains de façon très convenable.

En résumé: chez cette malade, nous avons vu l'action efficace du manganèse dans les raideurs articulaires: la souplesse des articulations a été rapidement récupérée et, s'il persiste des déformations par rétraction fibreuse au niveau de certains doigts, du moins leurs mouvements sont possibles et les mains ont acquis une agilité suffisante pour permettre le travail.

Les particularités de cet accident douloureux noté sur la crête tibiale droite, font penser qu'il n'est peut-être pas dû au processus psoriasique; d'où sa résistance persistante au traitement.

OBSERVATION IX

Psoriasis arthropathique

avec contracture extrêmement tenace

M. J. B..., 26 ans, bureaucrate, est entré dans le service de dermato-syphiligraphie le 7 novembre 1938, présentant un psoriasis arthropathique avec de graves phénomènes articulaires.

Dans les antécédents personnels de ce malade, nous notons une broncho-pneumonie dans le jeune âge et des bronchites successives. En ce qui concerne les antécédents collatéraux, il faut signaler une grand'mère rhumatisante, un avortement chez la mère, et deux frères morts en bas âge. L'examen des différents appareils ne permet de noter rien de particulier. La tension artérielle est de 12-7.

Examens de laboratoire : les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives ; la réaction de VERNES résorcine donne : 54; l'urée sanguine est de 0 g. 24 par litre. L'analyse d'urine ne révèle rien de particulier.

Le psoriasis dont il est atteint a débuté en 1931; il a évolué par poussées successives. Une cure à Uriage, en septembre 1932, l'avait blanchi momentanément; par la suite, il fut traité par le psiothanol et par les rayons ultra-violets. Il a fait le service militaire, puis a été réformé pour son psoriasis.

Les phénomènes douloureux ont débuté, en 1933, par les membres inférieurs; ils ont évolué irrégulièrement pendant 3 ans et, en 1936, les cous-de-pied se sont enflés, la raideur a fait son apparition, accompagnée de douleurs, au niveau des membres supérieurs et de la colonne cervicale. Il a eu des améliorations transitoires de ses arthropathies, qui

étaient sans rapport avec les poussées cutanées. Il y a eu coïncidence seulement lors de la dernière poussée articulaire.

A son entrée dans le service, il présente une éruption de psoriasis sous forme de taches recouvertes de squames assez fines, donnant l'impression d'un pityriasis; mais certaines plaques sont très caractéristiques du psoriasis, ainsi que les lésions des ongles.

Quant aux arthropathies, elles constituent des lésions très importantes: les genoux sont bloqués presque à angle droit, leur mobilité est très limitée; ils ont un aspect globuleux. Les chevilles sont douloureuses et difficiles à mobiliser, elles présentent également une légère tuméfaction. La mobilité des épaules est très limitée, les coudes sont normaux ainsi que les articulations des mains.

La colonne vertébrale est rigide et l'atteinte de sa portion cervicale est telle que le malade ne peut nullement mouvoir sa tête.

Les articulations temporo-maxillaires sont intéressées par le processus et ne permettent pas l'ouverture complète de la bouche.

Le malade présente une atrophie musculaire généralisée et un aspect soudé particulier. Il est également amaigri (il ne pèse que 40 kilos).

Radiographie (9 novembre 1938): raréfaction osseuse importante de tout le squelette. Au rachis, pas de modification imputable à un mal de Pott, mais proliférations ostéophytiques dans la région lombaire, avec ponts osseux intervertébraux. Aux genoux, attitude vicieuse, sans ankylose.

Le 10 novembre, on commence un traitement par le manganèse colloïdal. Après la 3^e injection, on arrête cette thérapeutique, car le malade a une importante diarrhée (qui

existait d'ailleurs, à un moindre degré, auparavant). Cette diarrhée est efficacement traitée par le stovarsol.

Le 30 novembre, on reprend les injections de manganèse.

En résumé: on a constaté chez ce malade une régression rapide de sa raideur aux membres inférieurs et surtout aux épaules. Mais cette amélioration est restée incomplète et, en particulier, la contracture qui immobilise la colonne vertébrale, surtout dans la portion cervicale, n'a nullement été influencée. La contracture s'est également produite ensuite aux membres inférieurs.

Nous avons déjà dit à ce sujet, qu'il s'agissait probablement, en ce qui concerne la contracture, d'une « majoration fonctionnelle de troubles réflexes », ou d'une « persévération » de troubles qui ne disparaissent pas, même quand leur cause a cessé d'exister.

Nous avons dit que l'on pouvait peut-être rattacher cela au pithiatisme, et nous avons signalé le cas, rapporté par M. le Professeur MARGAROT, d'une contracture du poignet chez une psoriasique, guérie par la persuasion.

CONCLUSION

Les suspensions colloïdales de manganèse, initialement employées comme agent anti-infectieux, préconisées ensuite pour lutter contre les troubles des phénomènes d'oxydation rencontrés au niveau de la peau, dans le psoriasis, se sont finalement révélées très actives chez les psoriasiques avec arthropathies.

Nous avons rapporté quelques observations, montrant l'action du manganèse sur les raideurs articulaires de ces malades ; s'il n'agit que de façon inconstante ou transitoire sur l'éruption cutanée, s'il n'agit pas directement sur les algies, il n'en reste pas moins le seul traitement capable d'arrêter l'évolution d'une affection qui, en quelques années, transforme les sujets qu'elle atteint en de véritables infirmes.

Insistons sur l'action élective du manganèse colloïdal dans les cas d'arthropathies psoriasiques typiques, c'est-à-dire dans les arthropathies de forme et d'évolution bien caractéristiques, survenant au cours d'une poussée de ce psoriasis floride, qu'on décrivait autrefois sous le nom de « dartré des forts » et évoluant parallèlement à lui. Par contre, l'efficacité est très aléatoire dans les cas atypiques présentés par les sujets qui ont un état général défectueux et qui, d'ailleurs, ne supportent pas toujours le traitement.

Il est enfin important d'appliquer précocement la thérapeutique, afin d'éviter que des lésions anciennes laissent des troubles définitifs, c'est-à-dire des déformations articulaires irréductibles.

BIBLIOGRAPHIE

- ALPERT (S.-B.). — Les concomitances morbides chez les psoriatiques. Thèse de Paris, 1936, n° 726.
- ADRIAN (C.). — Über Arthropathia psoriatica. *Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, 1903, XI, p. 237.
- ALIBERT. — Traité des maladies de la peau, 1822.
- AUDRY (Ch.) et ANCIAN. — Luxation pathologique du genou, au cours d'un psoriasis arthropathique. *Annales de dermat.*, 1903, p. 964.
- AUDRY (Ch.). — Psoriasis et tuberculose. *Ann. dermat.*, fév. 1913, p. 99.
- BALZER et BURNIER. — Psoriasis et arthropathies. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1911, p. 179.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique, 2^e éd., 1868.
- BEJARANO et ORBANEJA. — Contribution à l'étude des syndromes cutané-articulaires. *Ann. dermat.*, novembre 1935.
- BELOT (J.) et CHAPERON. — Radiographies de lésions et de formations articulaires du psoriasis arthropathique. *Bull. et mém. soc. radio. méd. de Paris*, 1909, p. 269.
- Radiographies de lésions du début du psoriasis arthropathique. *Bull. et mém. soc. radio. méd. de Paris*, 1910, p. 13.
- BESNIER (E.). — Psoriasis et arthropathies. *Journ. méd. et chir.*, déc. 1889, t. LX, 12^e cahier.
- BESNIER (E.) et DOYON (A.). — Pathologie et traitement des maladies de la peau, 1891, t. I.
- BOHNSTEDT (R.). — Erfahrungen mit Psorimangan bei der Psoriasisbehandlung. *Münch. med. Woch.*, 1932, n° 29, p. 1150.
- BORY. — Les arthropathies du psoriasis. *La Médecine*, novembre 1919, p. 85.
- BOURDILLON. — Psoriasis et arthropathies. Thèse Paris, 1888, n° 328.
- BROCC (L.). — Traité élémentaire de dermatologie pratique, 1907, t. 2. Psoriasis arthropathique. *Revue générale de clin. et thérap.*, 1909, p. 549.
- Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos de récentes publications américaines. *Ann. dermat.*, 1910, p. 156.

- CAZENAVE. — Abrégé pratique des maladies de peau, 1847.
- CHANIAL (G.) et DANIC (P.). — Guérison d'une érythrodermie psoriasique ancienne par un abcès de fixation. *Bull. soc. française dermat. et syph.*, 20 mai 1938.
- CHEVALIER (P.) et MEYER (J.). — Rhumatisme psoriasique. Traité de dermatologie clinique et thérapeutique, 1938, t. II, f. I, p. 343.
- COSTE (F.) et FORESTIER (J.). — Remarques sur le rhumatisme psoriasique. *Revue du rhumatisme*, juil. 1935.
- DANLOS (M.). — Psoriasis et arthropathies. *Ann. de dermat.*, 1896, p. 52.
- Psoriasis et synovite fongueuse. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, mars 1904, p. 260.
- DARIER (J.). — Psoriasis arthropathique. *Revue génér. de clin. et therap.*, nov. 1903, p. 711.
- DESFARGES (G.). — Les pyodermites et leurs traitements. Thèse de Paris, 1920, n° 525.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, 1854.
- DONAGH (M.). — A new treatment for staphylococcic infections. *Medical Press and circular*, déc. 1917, p. 431.
- DURON. — Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme et en particulier du rhumatisme chronique fibreux. Thèse de Paris, 1886, n° 249.
- EGER. — Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. *Berl. Klin. Woch.*, 1895, n° 27, p. 586.
- FALK. — Psoriasis arthropathica. *Arch. f. Dermat. u. Syph., Wien u. Leipzig*, 1921, CXXIX, p. 299.
- FAVRE (M.), MICHEL (P.-J.) et DANIC (P.). — Psoriasis arthropathique généralisé. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.* 20 mai 1938.
- FELDMANN (H.). — Psoriasis arthropathique. Thèse de Montpellier, Université, 22 juil. 1932.
- GATÉ (J.), CHAVERIAT, MICHEL (P.-J.), DUGOIS (P.). — Psoriasis arthropathique. Présentation de clichés radiographiques. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1935, p. 15.
- GATÉ (J.), TREPPOZ et CHARPY. — Psoriasis arthropathique avec déformations des doigts; caractères atypiques de certains éléments. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, janv. 1931, p. 128.
- GAUCHER et ROSTAINE. — Psoriasis et arthropathies. *Ann. dermat.*, 1903, p. 427.
- GAUCHER, SALIN, MEAUX SAINT-MARC. — Psoriasis et rhumatisme articulaire aigu. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1912, p. 154.
- GERHARDT. — Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. *Berl. Klin. Woch.*, sept. 1894, n° 38, p. 861.
- GEYER et WESENER. — Traitement du psoriasis par le psorimangane. *Dermat. Woch.*, août 1934, p. 1105, in *Ann. dermat.* 1934, p. 1111.

- GIBERT. — Traité des maladies spéciales de la peau, 1847.
- GOUGEROT et CARTEAUD. — Arthropathie psoriasique tabétiforme. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1935, p. 445.
- GOUGEROT et COSTE (F.). — Psoriasis arthropathique. *Arch. dermat.-syph. clin. hôp. St-Louis*, 1935, p. 446.
- GOUGEROT et DELAY. — Influence heureuse d'un érythème arsénobenzolique sur un psoriasis généralisé, puis récidive. *Arch. dermat.-syph. clin. hôp. St-Louis*, 1935, p. 354.
- GOUGEROT et MEYER-HEINE. — Injection de bleu de méthylène chez les psoriatiques. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1935, p. 441.
- GOUGEROT et PATTE. — Influence heureuse d'une dermatite exfoliatrice sur un psoriasis grave universalis. *Arch. dermat.-syph. clin. hôp. St-Louis*, 1935, p. 348.
- GOUGEROT, BOUDIN et GRACIANSKY. — Psoriasis et troubles réflexes des mains. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1937, t. 2, p. 1825.
- GRÜNEBERG. — Affections articulaires fébriles dans le psoriasis. *Dermat. Zeit.*, juin 1931, p. 170, in *Ann. dermat.*, 1931 p. 1211.
- HALLOPEAU et MACÉ DE LEPINAY. — Arthropathie psoriasique aiguë blennorragique. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1906.
- HERTZ (M.). — Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkerkrankungen. *Wien med. Woch.*, 1896, n° 39, p. 1684.
- HUÉROU. — Contribution à l'étude du psoriasis arthropathique. Thèse de Paris, 1914, n° 289.
- HUNT. — Psoriasis et rhumatisme, deux cas. *Proc. Roy. Soc. med.*, mai 1932, p. 1034.
- Psoriasis et rhumatisme. *The Lancet*, août 1933, p. 351.
- JANICOT (J.). — Psoriasis et tuberculose. Th. Montpellier, 1932, n° 49.
- JAUSION (H.). — Dermatoses des rhumatisants. *Paris méd.*, avril 1938, n° 17, p. 349.
- JEANSELME. — Psoriasis et arthropathies. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1911, p. 190.
- JOURDANET. — Coexistence de rhumatisme chronique déformant et du psoriasis. *Lyon méd.*, fév., 1900, n° 6, p. 200.
- LABBÉ (M.), BOULIN et BEZANÇON. — Rhumatisme chronique et psoriasis. *Revue du rhumatisme*, fév. 1934, p. 109.
- LABBÉ (M.). — Rhumatisme chronique et psoriasis. *La Sc. méd. prat.*, 1er avril 1933.
- LANGLOIS (L.-Ch.). — Le rhumatisme psoriasique. Thèse de Paris, 1934, n° 585.
- LEBEAU (P.) et COURTOIS (G.). — Manganèse (p. 450), Oxydes de manganèse colloïdaux (p. 619). Traité de pharmacie chimique, 1938, t. I.

- LÉVI (L.). — Psoriasis et rhumatisme chronique. *La Clinique*, septembre 1913, p. 621.
- LERI (A.). et LIÈVRE (J.-A.). — Action de la médication radio-active (thorium X) sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques. *Bull. et mém. soc. méd. hôp. Paris*, 1929, n° 30, p. 1335.
- MARGAROT (J.), GONDARD et DUFOIX. — Autodermothérapie du psoriasis par l'électrocoagulation. *Soc. sc. méd. et biol. Montpellier et Lang. méd.*, mars 1928, p. 616.
- MARGAROT (J.). et Mme LONJON. — Psoriasis pustuleux zoniforme. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1929, p. 193.
- MARGAROT (J.). — Psoriasis et grossesse. *Gazet. méd. de France*, 1931.
- MARGAROT (J.). et RIMBAUD (P.). — Transformation d'arthropathies psoriasiques en arthrites tuberculeuses suppurées. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1935, p. 1494.
- Traitement du psoriasis par les sels de manganèse. Action élective sur les arthropathies. *Soc. sc. méd. et biol. Montp. et Lang. méd.*, nov. 1935, p. 17.
- Psoriasis avec arthropathie tabétique, amélioration par les sels de manganèse. *Soc. sc. méd. et biol. Montp. et Lang. méd.*, déc. 1935, p. 39.
- MARGAROT (J.). — Psoriasis. Nouvelle pratique dermatologique, 1936, t. VII, p. 565.
- MARGAROT (J.). et RIMBAUD (P.). — Le « rhumatisme psoriasique » (psoriasis arthropathique), son traitement par le manganèse. *Montpellier méd.*, fév. 1936.
- MILIAN (G.). — Traitement des arthropathies psoriasiques. *Rev. franç. dermat. et vénéréo.*, mars 1937, p. 157, in *Ann. dermat.*, 1937, p. 651.
- Psoriasis généralisé avec fièvre et amaigrissement. *Rev. franç. dermat. et vénéréo.*, juin 1937, p. 308, in *Ann. dermat.*, 1938, p. 52.
- MOLINIÉ. — Observation de polyarthrite déformante progressive avec goître concomitant. Psoriasis arthropathique chez un descendant. *Bull. soc. méd. hôp. Paris*, oct. 1908, p. 369.
- MONTAGAZZA. — A propos d'un cas de psoriasis avec arthropathies. *Arch. ital. dermat., sifil. e vener.*, fév. 1928, p. 214.
- MORRIS (M.). — The treatment of furunculosis and other deep-seated coccogenic infections by colloidal manganèse. *Brit. med. Journ.*, 20 avril 1918.
- NICOLAS (J.), MOLLARD et LEBEUF. — Psoriasis traités par les sels d'or. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, juillet 1931.
- NOBL. — Zur Kenntnis der Psoriasis arthropathica. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1916, CXXIII, p. 632.
- PAUTRIER (L.-M.) et ULLMO (Mlle A.). — Rhumatisme psoriasique à manifestations articulaires ayant précédé de 22 ans le psoriasis. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1938, p. 1319.

- PIOGEY (E.). — Psoriasis arthropathique. Autopsie. *Le Progrès médical*, 1878, p. 763.
- PONCET et LERICHE. — Le rhumatisme tuberculeux. Doin, éd., Paris, 1909.
- RICHTER (W.). — Über Arthropathia psoriatica. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, août 1932, CCXXXVII.
- RIMBAUD (P.). — Le traitement des arthropathies psoriasiques. *Europe méd.*, déc. 1937.
- SCHMIDT (P.-W.). — Behandlung der Psoriasis mit Psorimangan. *Mün. med. Woch.*, 1931, p. 1090.
- SERGENT (E.), MAMOU (H.) et DEBRAY (C.). — Psoriasis arthropathique et glandes endocrines. *Gazet. hôp.*, juin 1935, p. 813.
- SÉZARY (A.) et DURUY (A.). — Psoriasis universalis arthropathique ayant évolué d'emblée sous la forme d'une érythrodermie exfoliante chronique. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, fév. 1929, p. 119.
- SIBLEY (W.-K.). — A case of psoriasis and rheumatoid arthritis. *Brit. Journ. Dermat.*, London, 1914, p. 453.
- SPILLMANN, WATRIN, WEISS et SIMONIN. — Psoriasis arthropathique. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1934, p. 807.
- SPILLMANN et WEISS. — Psoriasis généralisé et arthropathies. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, janv. 1931.
- SPILLMANN, WEISS et ROSENTHAL. — Psoriasis arthropathique avec tuberculose discrète associée. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1933, p. 1247.
- SZEGÖ (P.) et LUKA (St. v.). — Über die Manganbehandlung der Psoriasis. *Mün. med. Woch.*, 1931, p. 2122.
- UMBERT. — Un caso de psoriasis en una familia vegetariana. *Rev. de cien. med. de Barcel.*, 1910, p. 439.
- WEISSENBAACH (R.-J.) et MARTINEAU. — Démonstration de la nature tuberculeuse d'un cas de polyarthrite chronique progressive psoriasique par découverte et isolement du bacille de Koch dans le liquide articulaire. *Bull. soc. franç. dermat. et syph.*, 1933, p. 1754.
- WEISSENBAACH (R.-J.). — Le psoriasis arthropathique. *Arch. dermat. syph. clin. hôp. St-Louis*, mars 1938, p. 13.
- WOLLENBERG. — Arthropathia psoriatica. *Berl. Klin. Woch.*, 1909, p. 50.
- ZELLUER (E.). — Arthropathia psoriatica. *Wien Arch. f. inn. Med.*, juillet 1928, p. 435.
- ZITKE (E.). — Über den Erfolg der Goldbehandlung bei der Arthropathia psoriatica. *Dermat. Zeitsch.*, mars 1932, p. 247, in *Ann. dermat.*, 1932, p. 652.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
------------------------	---

PREMIERE PARTIE

LE PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

1. RAPPORT DU PSORIASIS ET DES ARTHROPATHIES	10
2. DÉFINITION	13
3. ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE	13
4. ÉTUDE CLINIQUE	15
5. DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC	19
6. ÉTUDE RADIOLOGIQUE	19
7. ANATOMIE PATHOLOGIQUE	20

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

CHAPITRE I

TRAITEMENTS AUTRES QUE LE MANGANÈSE

1. TRAITEMENT DE LA DERMATOSE	21
2. TRAITEMENT DES ARTHROPATHIES	22
a) Incertitudes pathogéniques	22
b) Echec des traitements habituellement employés	22

CHAPITRE II

TRAITEMENT PAR LE MANGANÈSE COLLOÏDAL

1. LE MANGANÈSE COLLOÏDAL	30
2. ORIGINES DE L'UTILISATION DU MANGANÈSE DANS LE PSORIASIS	31
3. RÉSULTATS OBTENUS	31
A. <i>Dans la dermatose</i>	31
B. <i>Dans les arthropathies</i>	33
a) Action sur les douleurs	33
b) Action sur la raideur articulaire et l'hydarthrose	34
c) Action sur la contracture	35
C. <i>Spécificité et électivité du traitement</i>	36
4. MODE D'ACTION DU MANGANÈSE	38
5. LE MANGANÈSE PEUT-IL PRÉVENIR LES ARTHROPATHIES?	40
6. POSOLOGIE DU MANGANÈSE COLLOÏDAL	41
7. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS	42
8. TRAITEMENT ADJUVANT	43

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS	45
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	79

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Traitement du Psoriasis ar-
thropathique par le manganèse
colloïdal »

par M. H. ATTIEL.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 30 janvier 1939,
Le Professeur,
MARGAROT.

Vu

Montpellier, le 30 janvier 1939,

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 31 janvier 1939,

Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
G. MORIN.



